

# GLI OPERATORI SI RACCONTANO

Storie di successo del Piano Regionale  
di Prevenzione 2010-2013





**Regione Piemonte**  
Assessorato alla Sanità,  
Livelli essenziali di assistenza, Edilizia sanitaria

**Coordinamento Operativo Regionale  
della Prevenzione**

**Centro Regionale di Documentazione per la  
Promozione della Salute, ASLTO3, Regione Piemonte**

**Gli operatori si raccontano  
Storie di successo del Piano Regionale  
di Prevenzione 2010-2013**

A cura di  
**Paola Capra, Luisa Dettoni, Alessandra Suglia,  
Eleonora Tosco, M. Elena Coffano (DoRS)**

Febbraio 2015

## **REGIONE PIEMONTE**

(Assessorato alla Sanità, Livelli essenziali di assistenza, Edilizia sanitaria. Direzione Sanità - Settore Prevenzione e Veterinaria)

## **CORP**

(Coordinamento Operativo Regionale della Prevenzione)

## **DoRS**

(Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, ASLTO3)

## **Gli operatori si raccontano. Storie di successo del Piano Regionale di Prevenzione 2010-2013**

A cura di Paola Capra, Luisa Dettoni, Alessandra Suglia, Eleonora Tosco, M. Elena Coffano (DoRS)

Revisione grafica e impaginazione a cura di Luisa Dettoni e Silvano Santoro (DoRS)

Foto di copertina: Sergey Zolkin in [www.unsplash.com](http://www.unsplash.com)

Si ringraziano gli autori e tutti gli operatori che, a vario titolo, hanno contribuito alla stesura delle storie

Il Report è su [www.dors.it](http://www.dors.it) (area Pubblicazioni)

La data dell'ultimo accesso ai riferimenti sitografici è: Febbraio 2015

**SI AUTORIZZA LA RIPRODUZIONE PARZIALE O TOTALE DEL CONTENUTO DEL REPORT CON LA CITAZIONE DELLA FONTE**

# INDICE

<b>Introduzione</b>	<b>1</b>
<b>Storie di successo</b>	<b>3</b>
▪ L'allattamento: formazione degli operatori e sostegno materno	4
▪ Malattia Cronica di Fegato su base virale: l'empowerment del paziente	6
▪ Prevenzione delle cadute: informazione e formazione per i pazienti ricoverati	30
▪ La nostra strada insieme	37
▪ Funghi, sai cosa mangi?	44
▪ Il paziente chirurgico: insieme contro la disabilità	50
▪ Diabete: continuità assistenziale ed empowerment del paziente	53
▪ La preparazione del paziente chirurgico: una check list efficace	56
▪ Un sistema operativo on line ASL - Scuola	61
▪ Teatro e salute	64
▪ Scuola e Salute: un sistema virtuoso di alleanza interistituzionale nel territorio cuneese	68
▪ Sicurezza stradale: un sistema per il trasferimento, lo scambio e la condivisione di documentazione	71
▪ Progetto Fitwalking	74

▪ Il Quaderno per gli Incontri di Accompagnamento alla Nascita	77
▪ Insieme per il respiro a Volvera	81
▪ Promozione della corretta relazione uomo-cani	100
▪ La metropolitana di Torino: valutazione dell’impatto sull’incidentalità	104
▪ Fumo: un percorso di integrazione “dal basso”	106
▪ Un convegno in scarpe da ginnastica	109
▪ Integrazione delle politiche per la salute	113
▪ Coordinamento Regionale Safe Night Piemonte	115
<b>Allegato</b>	
▪ Griglia storie di successo e guida all’uso	120
<b>Bibliografia/sitografia</b>	129

## Introduzione

In vista della programmazione del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2014-2018, il Coordinamento Operativo Regionale della Prevenzione ha richiesto la collaborazione del Centro di Documentazione DoRS per valutare il PRP 2010-2013 in termini di processo, risultato, criticità e punti di forza.

Agli operatori piemontesi, coinvolti a vario titolo nel PRP e nei Piani Locali di Prevenzione (PLP), si è quindi chiesto di:

- rispondere a un questionario<sup>1</sup> per rilevare la loro percezione sull'efficacia del PRP in termini di individuazione delle priorità, organizzazione del lavoro e ricadute sulla salute della popolazione
- partecipare a una giornata di riflessione - con il metodo del world café<sup>2</sup> - per ragionare sulle soluzioni da adottare per affrontare le principali criticità che hanno caratterizzato il percorso dei PLP e per rafforzare le esperienze positive
- raccontare gli interventi e i progetti che, alla luce di alcuni criteri predefiniti, si potevano definire **storie di successo**.

Questo report raccoglie tutte le **storie di successo** scritte e descrive, brevemente, il percorso - **metodo e strumenti** - che ha portato alla loro elaborazione.

Per facilitare la scrittura delle storie, DoRS ha predisposto una **griglia** e una **guida all'uso (Allegato)**. La griglia si ispira al modello descritto nel documento *Impact and value: telling your program's story*<sup>1 3</sup> prodotto dalla Divisione di Salute Orale dei Centers for disease control and prevention (Cdc) di Atlanta ed è accompagnata da una guida all'uso che ha come riferimento metodologico il plain language<sup>1 3</sup>.

DoRS ha raccolto, riletto e "rielaborato" - sempre confrontandosi con gli autori - tutte le storie inviate.

Le storie di successo riguardano **diversi ambiti** (prevenzione, trattamento/presa in carico dei pazienti, sorveglianza, promozione della salute), descrivono **esperienze locali** (aziende sanitarie), **regionali** (progetti di settore, delle reti regionali) e **nazionali** e sono raccontate da **servizi, dipartimenti e direzioni aziendali**, da **reti e settori regionali**, da **servizi sovrazionali**.

---

<sup>1</sup> Per approfondimenti [Piano Regionale della Prevenzione: un percorso di valutazione partecipato della Regione Piemonte](#) su dors.it.

<sup>2</sup> Per approfondimenti [La tecnica del world café](#) su dors.it.

<sup>3</sup> Questo manuale dei Cdc di Atlanta (Stati Uniti d'America) illustra la metodologia e i vari passaggi per la scrittura di storie di successo, applicabili a ogni progetto e programma di sanità pubblica. La prima parte del documento offre una definizione di storia di successo, discute dei differenti tipi di storie e di come possono essere utilizzate suggerendo molti metodi per una loro raccolta sistematica; la seconda parte include un modello per raccogliere storie di successo e alcuni esempi.

**Le storie di successo raccontano *what works* ovvero ‘ciò che funziona’:**

- i metodi adottati e gli strumenti prodotti, in particolare l’adozione di metodologie e modalità di lavoro condivise e la predisposizione e/o l’utilizzo di strumenti comuni a tutto il gruppo di lavoro
- l’ottimizzazione dell’utilizzo delle risorse
- le attività di counselling
- l’aggiornamento e la formazione continua degli operatori
- il lavoro di gruppo, la collaborazione fattiva e propositiva di tutti i soggetti coinvolti
- lo sviluppo di rapporti fiduciosi tra pazienti e operatori
- il coinvolgimento e la partecipazione attiva dei portatori di interesse
- le verifiche (audit per la verifica dell’adozione e dell’utilizzo di procedure/strumenti) e le valutazioni dei percorsi (in termini di cambiamento dei comportamenti).

Inoltre sono stati **prodotti materiali e strumenti** d’informazione/comunicazione (opuscoli, poster, manuali, video,...), di rilevazione e misurazione delle situazioni di rischio, di monitoraggio e valutazione delle diverse attività (schede, check list, questionari,...), di gestione dei dati e delle informazioni (sistemi operativi).

La “filosofia” che accomuna la maggior parte degli interventi e dei progetti descritti nelle storie, è quella di **favorire e sviluppare policy e azioni di prevenzione e promozione della salute attente ai contesti, all’equità e ai reali bisogni dei destinatari proponendo modelli operativi sostenibili e replicabili:**

- di pianificazione locale e sinergia virtuosa tra servizi e strutture aziendali, tra sanità e altri settori (scuola, amministrazioni comunali, associazioni,...)
- per la realizzazione di interventi “articolati” di prevenzione e di promozione della salute che contribuiscano, tra l’altro, ad accrescere l’empowerment delle persone e il loro capitale sociale.

**I principali risultati osservati riguardano cambiamenti nelle abitudini e negli stili di vita, nelle pratiche lavorative** (organizzative e gestionali) che hanno favorito, tra l’altro, una maggiore integrazione multiprofessionale e multidisciplinare, una maggior tutela e attenzione ai bisogni della persona fragile e l’empowerment delle persone.

L’obiettivo che si è voluto raggiungere con la scrittura delle storie di successo è stato quello di **contribuire alla riprogrammazione del PRP** (alle sue azioni strategiche, alle sue attività,...) **tenendo conto delle esperienze locali e regionali, di ciò che ha funzionato ed è stato vissuto come positivo e rilevante “sul campo”**. Allo stesso tempo, la diffusione delle storie permette di dare risalto alle attività dei servizi, agli interventi promettenti e agli esempi di buona pratica.

Nel ringraziare tutti gli autori delle storie per il lavoro e per la collaborazione, vi auguriamo una buona lettura.

## Storie di successo

“Una storia di successo dovrebbe illustrare quali cambiamenti sono stati prodotti da un programma/progetto e dovrebbe spiegare, pensando di rivolgersi a un pubblico generale, come e perché sono avvenuti questi cambiamenti” (Cdc, 2007).

## Raccontaci la tua storia di successo

<b>TITOLO DELLA STORIA</b>	<b>L'allattamento: formazione degli operatori e sostegno materno</b>
<b>DATI GENERALI</b>	<p><b>Compilatore della griglia:</b> Maria Maspoli  <b>Ente di appartenenza:</b> Regione Piemonte  <b>Servizio di appartenenza:</b> Settore Organizzazione dei Servizi Ospedalieri e Territoriali  <b>Indirizzo:</b> Corso Regina Margherita 153/bis, 10100 Torino  <b>E-mail:</b> <a href="mailto:Maria.maspoli@regione.piemonte.it">Maria.maspoli@regione.piemonte.it</a>  <b>Numero di telefono ufficio:</b> 011.4324129</p>
<b>CONTESTO</b>	<p>Progetto regionale "Protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno" all'interno del Percorso Nascita regionale iniziato nel 1998, che ha coinvolto gli operatori ospedalieri e territoriali dei Dipartimenti Materno Infantile: ginecologi, ostetriche, neonatologi, infermiere, assistenti socio-sanitarie, psicologi, pediatri di famiglia e alcune Associazioni di mamme impegnate nel settore. Il progetto è descritto nel rapporto regionale: <a href="#">Promozione e sostegno dell'allattamento al seno</a>, maggio 2007.</p>
<b>COSA HA FUNZIONATO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>il percorso di formazione "a cascata"</b> dal taglio teorico-pratico, rivolto a tutte le figure professionali che si relazionano con "mamma e neonato"</li> <li>■ il trasferimento delle evidenze scientifiche nella pratica assistenziale presso il Punto Nascita e nell'assistenza post dimissione</li> <li>■ la creazione della <b>rete ospedale-territorio</b></li> <li>■ <b>la creazione dei Punti di sostegno</b> all'allattamento materno</li> <li>■ <b>l'empowerment degli operatori di ogni profilo professionale</b> che interagiscono con la donna in gravidanza e con la neomamma</li> <li>■ <b>l'empowerment delle donne.</b></li> </ul>
<b>PERCHÉ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ la capillarità della formazione e il mantenimento delle competenze e della motivazione individuale attraverso aggiornamenti periodici</li> <li>■ l'inserimento delle <b>competenze di counselling</b> nel percorso formativo</li> <li>■ <b>la creazione del Coordinamento Regionale interprofessionale.</b></li> </ul>

<p><b>COSA È CAMBIATO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ le routines assistenziali alla nascita</li> <li>■ la maggiore <b>omogeneità delle informazioni veicolate</b> con diversi modalità alle mamme</li> <li>■ <b>il riconoscimento del fatto che la donna che allatta può avere bisogni diversi:</b> da un aiuto professionale, a un sostegno competente, all'empatia inter pares</li> <li>■ <b>l'organizzazione di Punti di sostegno</b> che, all'interno delle Aziende Sanitarie Regionali, rispondano ai bisogni della donna che allatta.</li> </ul> <p>In termini di <b>risultati:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ aumento dell'allattamento esclusivo durante la degenza ospedaliera</li> <li>■ aumento del numero delle mamme che allattano al seno nel 1° anno di vita.</li> </ul>
<p><b>IN CHE MODO LA MIA STORIA PUÒ ESSERE UTILE/CONTRIBUIRE ALLA PROGRAMMAZIONE DEL NUOVO PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE</b></p>	<p>Nel ribadire:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ la necessità dei "richiami" nei programmi di formazione</li> <li>■ l'utilità del coinvolgimento di tutti gli operatori che a vario titolo vengono in contatto con l'utenza</li> <li>■ il ruolo del <b>Coordinamento regionale interprofessionale</b></li> <li>■ la necessità di prevedere che le azioni si inscrivano all'interno della <b>continuità tra territorio e ospedale</b></li> <li>■ la <b>necessità di monitorare i risultati</b> sulla base dei quali valutare e modificare la programmazione.</li> </ul>

<b>Raccontaci la tua storia di successo</b>	
<b>TITOLO DELLA STORIA</b>	<b>Malattia Cronica di Fegato su base virale: l'empowerment del paziente</b>
<b>DATI GENERALI</b>	<p><b>Compilatore della griglia:</b> Loredana Corsello  <b>Ente di appartenenza:</b> ASL di ASTI  <b>Servizio di appartenenza:</b> Direzione Integrata della Prevenzione - Ufficio Qualità Professionale  <b>Indirizzo:</b> via Conte Verde 125, 14100 Asti  <b>E-mail:</b> <a href="mailto:lcorsello@asl.at.it">lcorsello@asl.at.it</a>  <b>Numero di telefono ufficio:</b> 0141.486223</p>
<b>CONTESTO</b>	<p>Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (<b>PDTA</b>) - per pazienti affetti da Malattia Cronica di Fegato (<b>MCF</b>) su base virale - <b>permette di pianificare</b> le fasi di <b>diagnosi e cura e di educare il paziente affinché adotti corretti stili di vita</b> riducendo il rischio di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ evoluzione negativa della malattia</li> <li>■ trasmissione della malattia</li> <li>■ abbandono delle cure.</li> </ul> <p>Nel 2010, presso l'ASL di Asti - per la creazione del PDTA MCF - è stato creato un <b>gruppo di lavoro multidisciplinare</b> composto da:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ medici e infermieri del reparto di Malattie Infettive - Alberto Biglino, Direttore; Claudio Bordino e Benedetto del Mastro, medici; Stella Panzone, coordinatore infermieristico; Rina de Angelis, Lucia Montesano e Lorenzo Ravera, infermieri</li> <li>■ operatori dell'Ufficio Qualità Professionale: Luciana Lazzarino, Responsabile; Loredana Corsello e Graziella Montersino, collaboratrici.</li> </ul> <p>Il percorso è stato in seguito allargato a livello territoriale e ha previsto il <b>coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale</b>.</p>
<b>COSA HA FUNZIONATO</b>	<p>Gli operatori hanno costruito <b>strumenti di lavoro specifici</b> che individuano tempistica e tipologia degli accertamenti clinici, strumentali ed ematochimici da effettuare durante tutto il percorso e nel follow up (<b>Allegati 1. e 3.</b>).</p>

Sono stati creati **strumenti per il counselling infermieristico** mirato alla diagnosi del bisogno educativo/informativo del paziente e al monitoraggio dello stato psicofisico (**Allegato 2.**). Più di recente, è stata avviata la predisposizione di un **libretto** da consegnare al **paziente** per il suo empowerment sia dal punto di vista informativo che educativo (**Allegato 4.**).

Nello specifico, hanno funzionato:

- la disponibilità di **strumenti per pianificare gli accessi - costruiti ad hoc dal gruppo di lavoro** - che consente di razionalizzare tempi, esami di diagnostica e visite da effettuare (Allegato 1.)
- il **questionario** specifico predisposto (Allegato 2.) per valutare lo stile di vita dei pazienti e registrare i dati rilevati a ogni accesso. Dai punteggi ottenuti per ogni area indagata dal questionario e dal punteggio totale, si valutano le abitudini e le conoscenze del paziente, permettendo agli infermieri di:
  - individuare tempestivamente eventuali situazioni di rischio correlate a: stili di vita, evoluzione della malattia, sfera psichica, terapie
  - effettuare attività personalizzate di counselling educativo rispetto ai bisogni educazionali emersi
- l'**adesione del paziente alle indicazioni ricevute** che si traduce in un aumento della compliance terapeutica e in una risposta positiva alle cure: viremia non più rilevabile nell'80% dei pazienti che ha concluso il percorso e nel 32% dei pazienti ancora in terapia.  
Infatti, alla verifica effettuata **a un anno dall'attivazione del PDTA, si osservano cambiamenti significativi del comportamento dei pazienti** seguiti con l'attività di counselling educativa infermieristica:
  - pazienti che assumono alcoolici: 90% a inizio percorso, 0% dopo 6 mesi
  - pazienti che assumono stupefacenti: 20% a inizio percorso, 0% dopo 6 mesi
  - pazienti con abitudini sessuali scorrette: 68% a inizio percorso, 28% dopo 3 mesi
- la **perfetta sintonia** all'interno del gruppo di progetto e di lavoro - allargato successivamente a comprendere anche i Medici di Medicina Generale, con creazione di uno strumento per la pianificazione degli esami di diagnostica (Allegato 3.) - **e la grande professionalità e dedizione** di tutti i coinvolti nel progetto che hanno certamente influito positivamente sul buon esito del PDTA MCF in termini sia di applicazione che di risultato.

<p><b>PERCHÉ</b></p>	<p>Gli operatori coinvolti nel progetto hanno creduto nelle potenzialità proprie, come singoli operatori, in quelle del gruppo di lavoro, coeso e affiatato, e nella capacità dei pazienti, i quali, se adeguatamente spronati e coinvolti, possono migliorare le proprie capacità di “ascoltarsi” e gestirsi, aumentando il livello di aderenza alle cure. <b>Potenziare le capacità di autoascolto e autogestione del paziente</b> significa aiutarlo a mantenere uno stile di vita corretto, sostenerlo nel processo di cura affinché aderisca alle indicazioni dei curanti, aumentando di conseguenza le possibilità di guarigione con ricadute positive anche in termini sociali.</p>
<p><b>COSA È CAMBIATO</b></p>	<p>L’adozione degli strumenti è stata, ed è tutt’oggi, <b>continua e costante</b> e garantisce per ogni paziente una presa in carico omogenea, dal punto di vista della programmazione e della tipologia degli esami di controllo, ma anche personalizzata rispetto al bisogno educativo/informativo del singolo perché gli operatori forniscono risposte conformate alle specifiche esigenze rilevate.</p> <p>Dall’applicazione del progetto e dall’adozione dei nuovi strumenti di lavoro, oltre all’<b>umentata</b> percentuale di <b>risposta alle cure</b>, si è potuta constatare una <b>riduzione dei costi per esami ripetuti o non previsti</b>.</p> <p>Inoltre, l’educazione del paziente ha generato <b>ricadute positive anche in ambito sociale</b>, diminuendo il rischio di gravidanza in corso di terapia teratogena e, non ultimo, il rischio di contagio (prevenzione della diffusione dell’infezione).</p>
<p><b>IN CHE MODO LA MIA STORIA PUÒ ESSERE UTILE/CONTRIBUIRE ALLA PROGRAMMAZIONE DEL NUOVO PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE</b></p>	<p><b>L’adozione di progetti di presa in carico informativa, educativa, continua e costante di pazienti con patologie croniche</b>, in questo specifico caso di pazienti con Malattia Cronica di Fegato, <b>ha ricadute positive in termini di compliance e adesione terapeutica, con ricadute positive in termini di salute</b> sia del singolo che pubblica.</p>

## Allegato 1. STRUMENTI PER LA PIANIFICAZIONE DEL PERCORSO

**PAZIENTE CON EPATITE CRONICA *B HBeAg NEGATIVA* IN TERAPIA CON NA e nei 12 MESI SEGUENTI LA FINE DEL TRATTAMENTO -  
MONITORAGGIO**

Paziente: ..... Data inizio trattamento: ..... Data fine trattamento ... ..... PRINCIPIO ATTIVO.....

### Accertamenti ed esami previsti durante il trattamento con NA

DATA	1 mese		2 mese		3 mese		4 mese		5 mese		6 mese		FOLLOW UP (se la terapia prosegue oltre il 6° mese e nei 12 mesi dopo la fine della terapia)	
	previsto	effettuato												
Emocromo	X				X							X		OGNI 3 MESI
Transaminasi	X				X							X		OGNI 3 MESI
Creatininemia (solo per ADEFOVIR E TENOFOVIR)	X		X		X							X		OGNI 3 MESI
HBV-DNA					X							X		OGNI 3 MESI (se ENTECAVIR ogni 6 mesi Per i primi 2 anni, fino a sieroconversione)
CPK (solo per TELBUVIDINA)	X				X							X		OGNI 6 MESI
HBsAg														OGNI 12MESI
Anti HBs														OGNI 12 MESI
AFP												X		OGNI 6 MESI
E.T.G. epatica												X		OGNI 6 MESI

### Altri accertamenti / esami durante il trattamento con NA

	data						
Visita Medica							
Prelievo extra							
altro							

**PAZIENTE CON EPATITE CRONICA B HBeAg NEGATIVA IN TERAPIA CON IFN / PEG -IFN:  
MONITORAGGIO**

Paziente: ..... Data inizio trattamento: .....(Lu Ma Me Gi Ve Sa Do)

**Accertamenti ed esami previsti durante il trattamento con IFN / PEG – IFN**

DATA	1 mese		2 mese		3 mese		4 mese		5 mese		6 mese		FOLLOW UP (se la terapia prosegue oltre il 6° mese)
	previsto	effettuato											
Emocromo	X		X		X		X		X		X		OGNI MESE
Transaminasi	X		X		X		X		X		X		OGNI MESE
HBV-DNA					X						X		OGNI 3 MESI
TSH riflesso					X						X		OGNI 3 MESI
AFP											X		OGNI 6 MESI
E.T.G. epatica											X		OGNI 6 MESI
HBsAg											X		OGNI 6 MESI (se HBV-DNA negativo)
Anti- HBs											X		OGNI 6 MESI (se HBV-DNA negativo)
Accertamento infermieristico	X		X		X						X		OGNI 3 mesi
Peso corporeo	X	Kg	OGNI 3 mesi										
Valutazione degli effetti collaterali													OGNI 3 mesi

**Altri accertamenti / esami durante il trattamento con IFN / PEG – IFN**

	data	data	data	data	data	data	data
Visita Medica							
Prelievo extra							
Somm. zione fattori di crescita	Granulochina						
	Eritropoietina						
altro							

**PAZIENTE CON EPATITE CRONICA B HBeAg POSITIVA IN TERAPIA CON NA e nei 12 MESI SEGUENTI LA FINE DEL TRATTAMENTO -  
MONITORAGGIO**

Paziente: ..... Data inizio trattamento: ..... Data fine trattamento ..... PRINCIPIO ATTIVO.....

Accertamenti ed esami previsti durante il trattamento con NA													
	1 mese		2 mese		3 mese		4 mese		5 mese		6 mese		FOLLOW UP (se la terapia prosegue oltre il 6° mese e nei 12 mesi dopo la fine della terapia)
DATA													
	previsto	effettuato											
Emocromo	X				X						X		OGNI 3 MESI
Transaminasi	X				X						X		OGNI 3 MESI
Creatinemia solo per ADEFOVIR E TENOFIVIR	X		X		X						X		OGNI 3 MESI
HBV-DNA					X						X		OGNI 3 MESI (per ENTECAVIR ogni 6 mesi) PER I PRIMI 2 ANNI Fino a sierconversione
CPK solo per TELBUVIDINA	X				X						X		OGNI 6 MESI
HBeAg											X		OGNI 6 MESI
Anti Hbe											X		OGNI 6 MESI
AFP											X		OGNI 6 MESI
ETG-epatica											X		OGNI 6 MESI

Altri accertamenti / esami durante il trattamento con NA							
	data						
Visita Medica							
Prelievo extra							
altro							

**PAZIENTE CON EPATITE CRONICA *B HBeAg POSITIVA* IN TERAPIA CON *IFN / PEG -IFN*:**

**MONITORAGGIO**

Paziente: ..... Data inizio trattamento: .....(Lu Ma Me Gi Ve Sa Do)

**Accertamenti ed esami previsti durante il trattamento con IFN / PEG - IFN**

DATA	1 mese		2 Mese		3 mese		4 mese		5 mese		6 mese		FOLLOW UP (se la terapia prosegue oltre il 6° mese)
	previsto	effettuato											
Emocromo	X		X		X		X		X		X		OGNI MESE
Transaminasi	X		X		X		X		X		X		OGNI MESE
HBV-DNA					X						X		OGNI 3 MESI
TSH riflesso					X						X		OGNI 3 MESI
HBeAg											X		OGNI 6 MESI
Anti HBe											X		OGNI 6 MESI
AFP											X		OGNI 6 MESI
E.T.G. epatica											X		OGNI 6 MESI
Accert. to infermieristico	X				X						X		OGNI 3 MESI
Peso corporeo	X	Kg			X	Kg					X	Kg	OGNI 3 MESI
Valutaz.ne degli effetti collaterali													

**Altri accertamenti / esami durante il trattamento con IFN / PEG - IFN**

		data	data	data	data	data	data
Visita Medica							
Prelievo extra							
Somm.zione fattori di crescita	Granulochina						
	Eritropoietina						
altro							

**PAZIENTE CON EPATITE CRONICA VIRUS HCV e VIRUS HBV**

**ESAMI DA EFFETTUARSI PRIMA DEL TRATTAMENTO CON IFN / PEG -IFN  
(+ RIBAVIRINA per paziente con MCF da HCV)**

Paziente: .....

Epatite B

Epatite C

**Accertamenti ed esami previsti prima del trattamento con  
IFN / PEG – IFN (+ RIBAVIRINA per paziente con MCF da HCV)**

Esami ematochimici:	previsto	Effettuato in data
Anti-HIV	<b>X</b>	
Ematologici di routine	<b>X</b>	
AMA	<b>X</b>	
ANA	<b>X</b>	
ASMA	<b>X</b>	
TSH reflex	<b>X</b>	
Anti LKM	<b>X</b>	
AFP	<b>X</b>	
Ferritina	<b>X</b>	

Esami strumentali:	previsto	Effettuato in data
ECG	<b>X</b>	
ETG-epatica	<b>X</b>	
Fibroelastogramma epatico	<b>X</b>	

**PAZIENTE CON EPATITE CRONICA VIRUS HCV IN TERAPIA CON IFN / PEG -IFN + RIBAVIRINA - MONITORAGGIO -**

Paziente: .....

Data inizio trattamento: .....(Lu Ma Me Gi Ve Sa Do)

**Accertamenti ed esami previsti durante il trattamento con IFN / PEG - IFN + RIBAVIRINA**

Data	a 7 giorni		a 15 giorni		1 mese		2 mese		3 mese		4 mese		5 mese		6 Mese		FOLLOW UP (se la terapia prosegue oltre 6 ° mese)
	previsto	effettuato	previsto	effettuato	previsto	effettuato	previsto	effettuato	previsto	effettuato	previsto	effettuato	previsto	effettuato	previsto	effettuato	
Emocromo	X		X		X		X		X		X		X		X		OGNI MESE
Transaminasi					X		X		X		X		X		X		OGNI MESE
TSH Riflesso									X						X		OGNI 3 MESI
Bilirubinemia					X		X		X						X		OGNI 3 MESI
HCV-RNA					X				X		X Gen 2 e 3 - Terapie brevi				X		OGNI 6 MESI
AFP																	OGNI 12 MESI
ETG-epatica																	OGNI 12 MESI
Accertamento infermieristico					X		X		X						X		OGNI 6 MESI
Peso corporeo					X	Kg	X	Kg	X	Kg	X	Kg	X	Kg	X	Kg	OGNI 3 MESI
Valutazione degli effetti collaterali					X		X		X						X		OGNI 6 MESI

**Altri accertamenti / esami durante il trattamento con IFN / PEG - IFN + RIBAVIRINA**

		data	data	data	data	data	data
Visita Medica							
Prelievo extra							
Somm. zione fattori di crescita	Granulochina						
	Eritropoietina						
altro							

**DOPO SOSPENSIONE DELLA TERAPIA CON IFN / PEG -IFN**

(PAZIENTE CHE HA RISPOSTO O NON HA RISPOSTO ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA)

**MONITORAGGIO**

Paziente: ..... Data inizio trattamento: .....

Data fine trattamento: .....

**Accertamenti ed esami previsti dopo sospensione terapia con  
IFN / PEG - IFN**

DATA	3 mese		6 mese		OGNI 3 mesi		OGNI 6 mesi		OGNI 12 mesi	
	previsto	effettuato	previsto	effettuato	previsto	effettuato	previsto	effettuato	previsto	effettuato
Transaminasi	<b>X</b>		<b>X</b>		<b>X</b>					
HBV-DNA			<b>X</b>				<b>X</b>			
AFP			<b>X</b>				<b>X</b>			
Elastografia	<b>X</b>								<b>X</b>	
ETG epatica			<b>X</b>				<b>X</b>			
Rivalutazione (per eventuale terapia con NA)			<b>X</b>				<b>X</b>			

**PAZIENTE CON EPATITE CRONICA *B HB<sub>e</sub>Ag NEGATIVA* CHE HA SOSPESO TERAPIA CON NA –**

**MONITORAGGIO**

Paziente: ..... Data inizio trattamento: .....

Data fine trattamento: .....

**Accertamenti ed esami previsti dopo 12 mesi dalla sospensione della terapia con NA**

	3 mese		6 mese		OGNI 3 mesi		OGNI 6 mesi		OGNI 12 mesi	
DATA										
	previsto	effettuato	previsto	effettuato	previsto	effettuato	previsto	effettuato	previsto	effettuato
Transaminasi	X		X		X					
HBV-DNA			X				X			
AFP			X				X			
Elastografia	X								X	
ETG epatica			X				X			

**PAZIENTE CON EPATITE CRONICA *B HBeAg POSITIVA*  
CHE HA SOSPESO TERAPIA CON NA DOPO SIEROCONVERSIONE**

**MONITORAGGIO**

Paziente: ..... Data inizio trattamento: .....

Data fine trattamento: .....

**Accertamenti ed esami previsti dopo sieroconversione e 12 mesi dalla sospensione della  
terapia con NA**

DATA	3 mese		6 mese		OGNI 3 mesi		OGNI 6 mesi		OGNI 12 mesi		
	previsto	effettuato	previsto	effettuato	previsto	effettuato	previsto	effettuato	previsto	effettuato	
Transaminasi	<b>X</b>		<b>X</b>		<b>X</b>						
HBV-DNA			<b>X</b>				<b>X</b>				
AFP			<b>X</b>				<b>X</b>				
HBeAg									<b>X</b>		
Anti HBe									<b>X</b>		
HBsAg									<b>X</b>		
Anti HBs									<b>X</b>		
Elastografia	<b>X</b>								<b>X</b>		
ETG epatica			<b>X</b>				<b>X</b>				

**PAZIENTE CON EPATITE CRONICA *B HBeAg POSITIVA* DOPO SOSPENSIONE DELLA  
TERAPIA CON IFN / PEG -IFN**

PAZIENTE CHE HA RISPOSTO ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA

Paziente: ..... Data inizio trattamento: .....  
Data fine trattamento: .....

**Accertamenti ed esami previsti dopo sospensione della terapia con IFN / Peg-IFN e  
sieroconversione**

	3 mese		6 mese		OGNI 3 mesi		OGNI 6 mesi		OGNI 12 mesi	
DATA										
	previsto	effettuato	previsto	effettuato	previsto	effettuato	previsto	effettuato	previsto	effettuato
Transaminasi	<b>X</b>		<b>X</b>		<b>X</b>					
HBV-DNA			<b>X</b>				<b>X</b>			
AFP			<b>X</b>				<b>X</b>			
HBsAg									<b>X</b>	
Anti HBs									<b>X</b>	
Elastografia	<b>X</b>								<b>X</b>	
ETG epatica			<b>X</b>				<b>X</b>			

**PAZIENTE CON EPATITE CRONICA *B* HBeAg POSITIVA DOPO SOSPENSIONE DELLA  
TERAPIA CON IFN / PEG-IFN**

PAZIENTE CHE NON HA RISPOSTO ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA

Paziente: ..... Data inizio trattamento: .....

Data fine trattamento: .....

<b>Accertamenti ed esami previsti dopo sospensione della terapia con IFN / Peg-IFN</b>
--

	3 mese		6 mese		OGNI 3 mesi		OGNI 6 mesi		OGNI 12 mesi		
	DATA										
	previsto	effettuato	previsto	effettuato	previsto	effettuato	previsto	effettuato	previsto	effettuato	
Transaminasi	<b>X</b>		<b>X</b>		<b>X</b>						
HBV-DNA			<b>X</b>				<b>X</b>				
AFP			<b>X</b>				<b>X</b>				
HBeAg									<b>X</b>		
Anti HBe									<b>X</b>		
HBsAg									<b>X</b>		
Anti HBs									<b>X</b>		
Elastografia	<b>X</b>								<b>X</b>		
ETG epatica			<b>X</b>				<b>X</b>				

**PAZIENTE CON EPATITE CRONICA *VIRUS HCV***  
**ESAMI DA EFFETTUARSI DOPO TERAPIA CON *IFN / PEG -IFN + RIBAVIRINA***

PAZIENTE CHE HA RISPOSTO ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA

Paziente: ..... Data inizio trattamento: .....

Data fine trattamento: .....

**Accertamenti ed esami previsti dopo sospensione della terapia con *IFN / PEG -IFN + RIBAVIRINA* (paziente che ha risposto alla terapia)**

	3 mese		6 mese		12 mese		OGNI 6 mesi			
DATA										
	previsto	effettuato	previsto	effettuato			previsto	effettuato		
Transaminasi			X				X *			
HCV-RNA			X				X *			
Elastografia			X		X		X *			

**\* se gli esami effettuati al 6° e al 12° mese sono risultati nella norma, non occorre più ripeterli: Il paziente ha risposto positivamente alla terapia e dunque non è più necessario monitorarlo.**

**PAZIENTE CON EPATITE CRONICA *VIRUS HCV***  
**ESAMI DA EFFETTUARSI DOPO TERAPIA CON *IFN / PEG -IFN + RIBAVIRINA***

PAZIENTE CHE NON HA RISPOSTO ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA

Paziente: ..... Data inizio trattamento: .....

Data fine trattamento: .....

**Accertamenti ed esami previsti dopo sospensione della terapia con IFN / PEG -IFN + RIBAVIRINA (paziente che NON ha risposto alla terapia)**

	3 mese		6 mese		OGNI 3 mesi		OGNI 6 mesi		OGNI 12 mesi	
	DATA									
	previsto	effettuato	previsto	effettuato	previsto	effettuato	previsto	effettuato	previsto	effettuato
Emocromo	X		X		X					
Transaminasi	X		X		X					
HCV-RNA	X		X		X*					
AFP			X				X			
Elastografia	X								X	
ETG epatica			X				X			

\* PRIMA DI INIZIARE IL RITRATTAMENTO

## Allegato 2. QUESTIONARIO PER ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO

### ACCERTAMENTO PRIMA E NEL CORSO DELLA CURA PAZIENTE IN TRATTAMENTO CON IFN

Epatite cronica B   
Epatite cronica C

DATA: ...../...../.....

Iniziali del Paziente ...../.....

Data di nascita ...../...../..... Sesso M  F  Età ..... KG .....

Nazione di origine ..... Operatore che effettua l'intervista.....

Data inizio terapia (per accertamenti dopo l'inizio del trattamento): .....

	Data	ACCERTAMENTO INIZIALE (prima del trattamento)	Punteggio ..... / <b>95</b>
	Data	ACCERTAMENTO n° 1 (1 mese dopo l'inizio del trattamento)	Punteggio ..... / <b>98</b>
	Data	ACCERTAMENTO n° 2 (2 mesi dopo l'inizio del trattamento)	Punteggio ..... / <b>98</b>
	Data	ACCERTAMENTO n° 3 (3 mesi dopo l'inizio del trattamento)	Punteggio ..... / <b>98</b>
	Data	ACCERTAMENTO n° 4 (6 mesi dopo l'inizio del trattamento)	Punteggio ..... / <b>98</b>
	Data	ACCERTAMENTO n° 5 (12 mesi dopo l'inizio del trattamento)	Punteggio ..... / <b>98</b>

#### 1. Partner

Nessuno  **0**      Fisso  **1**      Occasionale  **2**      Fisso e occasionale  **3**

#### 2.

- Primo accesso del paziente in ambulatorio: ci sono altri ambulatori di Malattie Infettive vicino al tuo domicilio?**  
 **Visita di controllo: è cambiata qualcosa dall'ultima volta che sei venuto in questo ambulatorio rispetto alla presenza di ambulatori di Malattie Infettive vicino al tuo domicilio? (es: cambiato domicilio)**  
SI  **1**      NO  **2**

#### 3. Utilizzo del preservativo

Non pertinente	Sempre	Sempre con partner occasionali	Talvolta	Mai
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

#### 4. Assunzione Birra quando

Mai	A volte	Tutti i giorni
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

#### quanto

Meno di un bicchiere	Meno di una bottiglia piccola (250 cc)	Meno di due bottiglie piccole (500 cc)	Meno di tre bottiglie piccole (750 cc)	Meno di 4 bottiglie piccole (1 litro)	Più di 4 bottiglie piccole (più di 1 litro)
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

**5. Assunzione Vino****quando**

Mai	A volte	Tutti i giorni
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

**quanto**

Meno di un bicchiere	Meno di una bottiglia piccola (250 cc)	Meno di due bottiglie piccole (500 cc)	Meno di tre bottiglie piccole (750 cc)	Meno di 4 bottiglie piccole (1 litro)	Più di 4 bottiglie piccole (più di 1 litro)
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

**6. Assunzione Superalcolici****quando**

Mai	A volte	Tutti i giorni
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

**7.**

- Primo accesso del paziente in ambulatorio:** ti sei ubriacato almeno una volta nella tua vita?  
 **Visita di controllo:** dall'ultima volta che sei venuto in questo ambulatorio, ti è capitato di ubriacarti?

NO  **0** SI  **1****8.**

- Primo accesso del paziente in ambulatorio:** Fai uso di sostanze stupefacenti per via inalatoria (sniffare)?  
 **Visita di controllo:** dall'ultima volta che sei venuto in questo ambulatorio, ti è capitato di far uso di sostanze stupefacenti per via inalatoria (sniffare)?

Mai	A volte	Tutti i giorni
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

**9.**

- Primo accesso del paziente in ambulatorio:** Fai uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa  
 **Visita di controllo:** dall'ultima volta che sei venuto in questo ambulatorio, ti è capitato di far uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa?

Mai	A volte	Tutti i giorni
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

**10.**

- Primo accesso del paziente in ambulatorio:** Fai uso di pastiglie come Ecstasy o simili?  
 **Visita di controllo:** dall'ultima volta che sei venuto in questo ambulatorio, ti è capitato di far uso di pastiglie come Ecstasy o simili?

Mai	A volte	Tutti i giorni
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

**11.**

- Primo accesso del paziente in ambulatorio:** Fai uso di marijuana?  
 **Visita di controllo:** dall'ultima volta che sei venuto in questo ambulatorio, ti è capitato di far uso di marijuana?

Mai	A volte	Tutti i giorni
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

12.

- Primo accesso del paziente in ambulatorio:** quando il medico ti prescrive una terapia antibiotica, la effettui?
- Visita di controllo:** nell'ultimo mese hai assunto le compresse di ribavirina due volte al giorno come da prescrizione medica?

Sempre	A volte	È capitato di non assumere 1 compressa	È capitato di non assumere 2 compresse	È capitato di non assumere 3 compresse	È capitato di non assumerle per tutto il giorno	Mai
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

13 a. (Solo al primo accesso del paziente in ambulatorio )

Hai intenzione di avere figli?

NO  **0**

SI  **1**

13b (Solo per visite di controllo)

Nell'ultimo mese hai praticato via sottocute la dose prescritta di IFN?

Sempre	A volte	È capitato di saltare 1 dose	È capitato di saltare 2 dosi	Mai
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

14. Dai un punteggio da 0 a 10 per descrivere il tuo stato di salute

Ottimo				Buono				Discreto			Pessimo
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	

15. Dai un punteggio da 0 a 10 per descrivere come ti senti mentalmente oggi

Bene				Ansioso				Male			Depresso
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	

16. Dai un punteggio da 0 a 10 per descrivere come ti senti fisicamente oggi

Bene		Malessere sopportabile						Male		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

17. Dai un punteggio da 0 a 10 per descrivere come ti sentivi mentalmente ieri

Bene		Ansioso				Male			Depresso	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

18. Dai un punteggio da 0 a 10 per descrivere come ti sentivi fisicamente ieri

Bene		Malessere sopportabile						Male		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

19.

- Primo accesso del paziente in ambulatorio:** hai mai assunto terapie antidepressive?
- Visita di controllo:** dall'ultima volta che sei venuto in questo ambulatorio, hai assunto terapie antidepressive
- Se sì, quale?..... NO  0 SI  1

20.

- Primo accesso del paziente in ambulatorio:** alcuni tuoi familiari soffrono o hanno sofferto di depressione?
- Visita di controllo:** alcuni tuoi familiari soffrono attualmente di depressione?
- Se sì, chi?..... NO  0 SI  1

21.

- Primo accesso del paziente in ambulatorio:** chi è a conoscenza della tua positività per HCV e/o HBV?
- Visita di controllo:** dall'ultima visita presso questo ambulatorio, hai comunicato a qualcun altro la tua positività per HCV e/o HBV?

Partner	Madre	Padre	Fratelli / sorelle	Amico / amica	Medico di famiglia	Figli	Altro
<input type="checkbox"/>							

22. Usi terapie alternative?

No	Omeopatia	Fiori di Bach	Pranoterapia	Reiki	Indicazioni dell'erborista	Altro *
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

\* Eventuali altre terapie alternative.....

23.

*(Solo al primo accesso del paziente in ambulatorio) Sai come si chiama la tua malattia?*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

24. *(Solo al primo accesso del paziente in ambulatorio) Definisci la tua malattia*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Allegato 3. ESAMI DI PRIMO LIVELLO PER L'INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE



#### PDTA PAZIENTE CON MALATTIA CRONICA DI FEGATO

#### ACCERTAMENTI IN CASO DI SOSPETTA EPATOPATIA VIRALE. ANAMNESI POSITIVA PER POSSIBILE TRASMISSIONE PARENTERALE E/O SESSUALE ELENCO ESAMI RICHIESTI IN FASE DI ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO

Paziente: \_\_\_\_\_

data di nascita: \_\_\_\_\_

data inizio percorso: \_\_\_\_\_

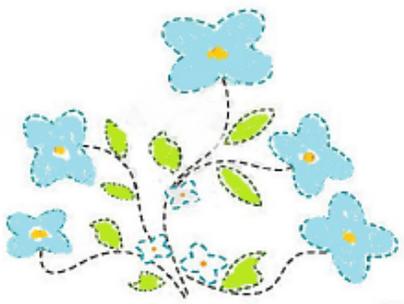
#### Avvio del Percorso - motivo per cui sono stati richiesti gli accertamenti:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Screening in soggetto a rischio * | <input type="checkbox"/> Alterazione delle transaminasi in almeno due controlli consecutivi |
| <input type="checkbox"/> Presenza di segni e sintomi       | <input type="checkbox"/> Disturbi della funzionalità epatica                                |

Data	Prescrittore	Esami di diagnostica iniziale													Esami di approfondimento diagnostico							
		Ematochimici di base			Virus B						Virus C		Virus Delta		RX	ematochimici			strumentali			
		Emocromo	ALT AST	Bilirubina	HBV DNA	HBsAG	Anti Hbc	HBcAg	Anti HBs	Anti HBc	Anti HBc Igm	Anti HCV	HCV RNA	Anti HDV	HDV RNA	ETG epatica	AFP	Creatinina	CPK	Gastroscopia	Elastografia epatica	Biopsia epatica
	<input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> Specialista																					
	<input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> Specialista																					
	<input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> Specialista																					
	<input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> Specialista																					
	<input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> Specialista																					
	<input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> Specialista																					
	<input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> Specialista																					
	<input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> Specialista																					
	<input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> Specialista																					

- \* si considerano fattori di rischio:
- |                          |   |   |
|--------------------------|---|---|
| a) TD attiva o pregressa | d) rischio delle transaminasi di origine ignota   | g) provenienza da aree endemiche con tassi di prevalenza di infezione elevati o intermedi |
| b) emofilia              | e) emotrasfusioni o trapianti antecedenti il 1992 | h) presenza di familiari / partner sessuale con infezione pregressa o in atto             |
| c) emodialisi            | f) comportamento sessuale a rischio               | i) malattia sessualmente trasmissibile  |

**Allegato 4. LIBRETTO INFORMATIVO/EDUCATIVO PER IL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA CRONICA DI FEGATO DA VIRUS HCV**

<p><b>* PERDITA DI PESO</b>→ di solito si verifica nei primi 2 mesi di trattamento e via via si attenua ed è legata spesso all'alterazione del gusto e alla nausea/vomito.          _Cerca di assumere integratori alimentari ( succhi, barrette);          _Mangia quando puoi e ogni volta che ti senti affamato;          _Al posto dell'acqua consuma succhi di frutta e bibite caloriche.          _Assumi pasti leggeri e non abbondanti, preferendo alimenti semplici e con elevato potere nutritivo;</p> <p><b>* REAZIONE DEL SITO DI INIEZIONE</b>→          _Ricordati di cambiare sempre il sito di iniezione dopo aver pulito accuratamente la cute;          _Non praticare l'iniezione vicino all'ombelico;          _Se sei molto magro, pratica l'iniezione sulla coscia o sulla superficie esterna del braccio;          _Non sfregare il sito di iniezione.</p> <p><b>* PRURITO E DESQUAMAZIONE</b> →          _Evita bagni troppo caldi e l'utilizzo di lozioni contenenti alcool, che rendono la pelle secca;          _Mantieni la pelle sempre idratata e pulita;          _Non esporre la pelle al sole diretto e non indossare indumenti troppo aderenti.</p> <p><b>* ALOPECIA</b> (perdita di peli e capelli) → Non tutti la manifestano.          _Utilizza shampoo delicati e spazzole morbide, evitando tinture per capelli e temperature di asciugatura troppo elevate.</p> <p><b>* DEPRESSIONE</b>→ non va mai sottovalutata!!          _Si può manifestare con sbalzi d'umore, ansia e tristezza;          _Se dovessi provare certi stati d'animo, parlane con medici e infermieri, insieme troverete una strategia per risolvere il problema.          _Una camminata al parco può distrarti e farti sentire meglio;          _Ricordati che la cura non dura all'infinito.</p> 	<div style="text-align: center;">  <p><b><u>RICORDA!!</u></b></p> <p>* E' importante seguire un'alimentazione sana ed equilibrata nei vari nutrienti, ricca di proteine e di vitamine.</p> <p>* Tieniti in forma facendo un po' di movimento, ti sentirai meglio.</p> <p>* <u>Evita in modo assoluto l'assunzione di alcool, anche in minime quantità!!</u></p> <p>* Quando hai voglia di esprimere il tuo stato d'animo, o anche solo di parlare, gli infermieri saranno pronti ad ascoltarti.</p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p><b><u>NUMERI UTILI:</u></b></p> <p>SOC Malattie Infettive TEL. 0141/48</p> <p>Ambulatorio Malattie Infettive TEL. 0141/486400</p> <p>Per ulteriori informazioni visita i siti :</p> <p><a href="http://www.epac.it">www.epac.it</a></p> <p><a href="http://www.fondazionefegato.it">www.fondazionefegato.it</a></p>  </div>	<div style="text-align: right;">   <p>UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA</p> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <h1>CONOSCERE L'EPATITE C:</h1> <p>informazioni utili per il paziente</p>  <p>Ambulatorio Malattie Infettive SOC MALATTIE INFETTIVE Ospedale "Cardinal Massaja" di Asti</p> </div>
--	---	--

Il **FEGATO** è un organo molto importante e svolge diverse funzioni, principalmente serve per:

- trasformare ciò che si mangia e si beve in energia e sostanze nutritive che possono essere usate dall'organismo,
- rimuovere le sostanze dannose presenti all'interno del nostro sangue.

#### CHE COSE' L'EPATITE CRONICA DA VIRUS C?

L'Epatite C è una malattia infettiva, causata da un virus , che colpisce selettivamente le cellule del fegato. Se l'infezione diventa cronica può portare alla cicatrizzazione (indurimento) del fegato e, infine, alla cirrosi ( totale cicatrizzazione del fegato) che risulta generalmente evidente dopo molti anni. In alcuni casi, la cirrosi epatica potrà portare a sviluppare insufficienza epatica, cancro del fegato, varici esofagee e gastriche.

#### I NUMERI DELL'HCV

\***140 MILIONI** le persone colpite dal virus dell'epatite C pari al 2.2% della popolazione globale .



\*Si stima che circa il 3% della popolazione italiana sia venuta in contatto con il virus.

\*Sono circa **1.000.000**, in Italia, i pazienti portatori cronici del virus. (OMS, 2004)

#### COME SI CONTRAE L'HCV?

Il virus dell'epatite C si trasmette all'individuo sano attraverso il **sangue dei soggetti infetti** tramite:

- ° scambio di siringhe infette tra tossicodipendenti.
- ° trasfusioni di sangue ed emoderivati (effettuate prima del 1991).
- °condivisone di strumenti per l'igiene personale potenzialmente lesivi (rasoi, pinzette, forbicine ecc).
- °pratica del tatuaggio, del piercing e dell'agopuntura con strumenti riutilizzati e non sterilizzati.

La trasmissione per via sessuale dello HCV è molto rara ma possibile.

Anche la trasmissione da madre infetta e neonato costituisce un evento raro.

#### I SINTOMI

\* La maggior parte delle persone con epatite C cronica sono asintomatiche!

\* E' possibile, però che si presentino:

- \_ debolezza
- \_dolori articolari e/o muscolari
- \_ prurito cutaneo
- \_ mal di stomaco



#### LA DIAGNOSI

\*L'epatite C è diagnosticata con un **test del sangue** che valuta la funzionalità del fegato, dosando determinati fattori del sangue, e la presenza di anticorpi sviluppati contro il virus.

\*Si esegue inoltre un'indagine **ecografica del fegato**, per valutarne le dimensioni e la struttura, e l'**elastometria del fegato** con Fibroscan che valuta l'entità della fibrosi (indurimento del tessuto del fegato), entrambe non invasive.

#### COME SI CURA L'EPATITE CRONICA DA VIRUS C?

Al giorno d'oggi è possibile considerare l'infezione da virus C come un'**infezione guaribile**, nella maggioranza dei casi, mediante terapia antivirale, che può determinare la scomparsa definitiva del virus dall'organismo.

La terapia antivirale è composta da **Interferone peghilato (PEG-IF)**, somministrato settimanalmente per via sottocutanea, e da **Ribavirina**, somministrato giornalmente per via orale. Il trattamento può durare dai 6 ai 12 mesi secondo il grado di infezione riscontrato dal medico.

\* E' molto importante, per il successo del trattamento antivirale, che si aderisca correttamente alla terapia, assumendo tutte le dosi nel tempo previsto; infatti è dimostrato che la scomparsa definitiva del virus è più alta nei pazienti che riescono ad avere un'ottima aderenza alla terapia.

\* E' molto importante eseguire le analisi di controllo indicate dal medico in modo da poter valutare la risposta alla terapia antivirale, ed eventualmente se ci fosse la necessità di modificarla o sospenderla.

#### COME GESTIRE AL MEGLIO GLI EFFETTI COLLATERALI?

° E' molto importante prendere nota di tutto quello che ti succede e di tutti i sintomi che manifesterai così da poterne parlare con l'equipe assistenziale, che ti aiuterà a risolvere al meglio ogni problema.

\* **SINTOMI SEMI-INFLUENZALI** ( Febbre e brividi, cefalea, dolori muscolari e articolari, tosse e congestione, affaticamento e spossatezza) → tranquillizzati perchè questi sintomi sono assolutamente normali, in particolare 6-8 ore dopo l'iniezione della terapia.

Ricorda queste semplici regole:

Assumi paracetamolo (mai più di 3 grammi al giorno)

Bevi molti liquidi

Cerca di risparmiare energie

Dieta: consuma pasti bilanciati

Essenziale: somministra il farmaco prima di coricarti (attenuerai i sintomi)

Focalizza positivamente i tuoi pensieri

\* **NAUSEA** → in particolare se la sensazione di nausea è presente al mattino, prova a consumare alimenti secchi, come biscotti o cracker.



<b>Raccontaci la tua storia di successo</b>	
<b>TITOLO DELLA STORIA</b>	<b>Prevenzione delle cadute: informazione e formazione per i pazienti ricoverati</b>
<b>DATI GENERALI</b>	<p><b>Compilatore della griglia:</b> Loredana Corsello  <b>Ente di appartenenza:</b> ASL ASTI  <b>Servizio di appartenenza:</b> Direzione Integrata della Prevenzione - Ufficio Qualità Professionale  <b>Indirizzo:</b> via Conte Verde 125, 14100 Asti  <b>E-mail:</b> <a href="mailto:lcorsello@asl.at.it">lcorsello@asl.at.it</a>  <b>Numero di telefono ufficio:</b> 0141.486223</p>
<b>CONTESTO</b>	<p>Gli episodi di <b>caduta dei pazienti ricoverati</b> (e i danni a questi correlati) sono un <b>problema rilevante per tutte le strutture ospedaliere</b>. Il fenomeno, più frequente tra gli anziani, è certamente in aumento stante il rapido accrescersi dell'aspettativa di vita.</p> <p>La Responsabile dell'Ufficio Qualità Professionale, dottoressa Luciana Lazzarino, e la sua collaboratrice dottoressa Loredana Corsello, hanno predisposto degli strumenti che mirano all'<b>intercettazione delle situazioni di rischio</b> (scheda rilevazione rischio caduta) e all'<b>informazione/educazione dei pazienti</b> (poster educativo e opuscolo informativo). In collaborazione con due Responsabili dell'Assistenza Dipartimentale, dottoresse Tiziana Bruno e Raffaella Marmo, è stato quindi predisposto un <b>progetto formativo del personale per un approccio preventivo del rischio di cadute accidentali</b>, rivolto a medici, infermieri, operatori sociosanitari e fisioterapisti dei reparti di Ortopedia e Riabilitazione e Rieducazione Funzionale, ed esteso successivamente agli operatori di tutti i reparti di degenza dei due Presidi Ospedalieri dell'ASL di Asti.</p>
<b>COSA HA FUNZIONATO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>il lavoro di gruppo:</b> collaborazione fattiva e propositiva di tutti i soggetti coinvolti</li> <li>■ <b>il metodo:</b> attività d'informazione/formazione su abitudini e comportamenti da adottare, coinvolgimento attivo ed empowerment del paziente</li> <li>■ <b>gli strumenti utilizzati:</b> la scheda rilevazione rischio caduta (<b>Allegato 1.</b>), il poster educativo (<b>Allegato 2.</b>), l'opuscolo informativo (<b>Allegato 3.</b>).</li> </ul>

	<p>Tutti gli operatori coinvolti nel progetto hanno adottato una <b>metodologia e una modalità condivise</b> per informare ed educare i pazienti ricoverati per frattura di femore e i loro familiari, affinché, nella vita quotidiana, mettano in atto semplici accorgimenti utili a prevenire nuove cadute.</p> <p>I pazienti, percependo la ferma convinzione degli operatori nell'esplicitare motivi e conseguenze di eventuali comportamenti errati o imprudenti, comprendono la rilevanza dell'argomento trattato e l'importanza di seguire le indicazioni fornite per prevenire ulteriori cadute.</p>
<p><b>PERCHÉ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>la scheda multidimensionale per l'intercettazione del rischio di caduta</b>, strumento con alta capacità predittiva del rischio. La scheda contiene la scala di Conley, scala di valutazione validata per l'intercettazione del rischio di caduta. E' stata effettuata un'indagine a ritroso: partendo dalle segnalazioni di cadute di pazienti ricoverati e verificando quanto rilevato per gli stessi pazienti tramite la scheda di intercettazione del rischio, si è constatato che l'89% circa dei pazienti caduti risultava effettivamente a rischio</li> <li>■ <b>il poster</b> affisso nelle camere di degenza che consente di identificare, in maniera semplice e con illustrazioni chiare, comportamenti e abitudini corrette da adottarsi per la prevenzione delle cadute</li> <li>■ <b>l'opuscolo informativo</b> consegnato al paziente e ai familiari che serve da memorandum per l'adozione anche a casa delle precauzioni apprese durante la degenza</li> <li>■ <b>la formazione degli operatori</b> che ha permesso di raggiungere la loro piena motivazione nell'educazione del paziente</li> <li>■ <b>la presa di coscienza degli operatori della rilevanza del problema</b>, che ha determinato una condivisione assoluta degli obiettivi del progetto (empowerment del paziente) e dei metodi utilizzati per raggiungerli (informazione/educazione). Pazienti e caregivers, percependo la determinazione degli operatori, si mostrano disponibili, collaborativi e talora anche propositivi, con ripercussioni positive in termini di aderenza alle indicazioni ricevute.</li> </ul>
<p><b>COSA È CAMBIATO</b></p>	<p>Ad oggi, <b>presso tutti i reparti di degenza dell'ASL di Asti</b> si effettua una <b>valutazione strutturata dei pazienti di età superiore a 65 anni</b>, mirata ad intercettare il rischio di caduta e a valutare la gravità di tale rischio.</p>

	<p>I pazienti sono quindi accompagnati nel loro <b>percorso di formazione durante la degenza</b> affinché adottino semplici e utili accorgimenti per la prevenzione delle cadute. L'informazione e l'educazione dei pazienti diminuiscono il rischio di ripetizione dell'evento o ne attenuano le conseguenze.</p>
<p><b>IN CHE MODO LA MIA STORIA PUÒ ESSERE UTILE/ CONTRIBUIRE ALLA PROGRAMMAZIONE DEL NUOVO PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE</b></p>	<p>Gli <b>strumenti</b> di lavoro adottati per l'intercettazione del paziente a rischio di caduta saranno prossimamente <b>estesi anche alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)</b> per una diffusione delle modalità di identificazione e misurazione del rischio, con l'attesa di effetti positivi in termini sia di prevenzione delle cadute che di contenimento dei danni conseguenti a cadute.</p>

## Allegato 1. SCHEDA PER L'INTERCETTAZIONE DEL RISCHIO DI CADUTA



**Scheda per l'Accertamento del RISCHIO DI CADUTA ACCIDENTALE del Paziente ricoverato**  
Versione 1\_2014

SOC   P.O. Asti  P.O. Nizza

INDICARE QUANDO VIENE COMPILATA LA SCHEDA	Al momento del ricovero	Durante la degenza per modificazione stato di salute / terapie	Dopo una caduta	Prima del trasferimento ad altro reparto	altro
---	-------------------------	--	-----------------	--	-------

Cognome e nome del paziente

Data di nascita  Et   Sesso  m  f Data ricovero

Patologia di fondo e/o motivo del ricovero:

**Valutazione del RISCHIO DI CADUTA in base ai DATI ANAMNESTICI e alle TERAPIE FARMACOLOGICHE assunte.**

Il paziente: presenta disturbi dell'apparato locomotore	si	no	Note.....
presenta disturbi neurologici	si	no	Note.....
presenta importanti alterazioni della vista	si	no	Note.....
� confuso, agitato o disorientato	si	no	Note.....
assume particolari farmaci quali:			
sedativi	si	no	Note.....
ansiolitici	si	no	Note.....
antidepressivi	si	no	Note.....
antipertensivi	si	no	Note.....
diuretici	si	no	Note.....
barbiturici	si	no	Note.....
anticomiciali	si	no	Note.....
antiaritmici	si	no	Note.....

### Scala di Conley

	si	no
� caduto nel corso degli ultimi tre mesi	2	0
Ha accusato vertigini o capogiri negli ultimi tre mesi	1	0
� capitato che perdesse urine o feci, mentre si recava in bagno	1	0
Presenta compromissione della marcia (passo strisciante, ampia base di appoggio, marcia instabile)	1	0
Presenta agitazione psicomotoria (eccessiva attivit� motoria, anche non finalizzata e associata a irrequietezza)	2	0
Presenta un deterioramento della capacit� di giudizio / mancanza del senso del pericolo	3	0
<b>totale</b>	/ 10	

ATTENZIONE:   stata barrata almeno una voce "si" nei campi "Anamnesi e terapia farmacologica"?

SI	NO
----	----

ATTENZIONE: Il punteggio totale della Scala di Conley   superiore a 2/10?

SI	NO
----	----

Paziente a rischio di caduta (attenzione: se hai risposto "si" ad almeno una delle due domande precedenti il paziente   da considerarsi a rischio di caduta)

SI	NO
----	----

Se hai risposto "si" alla domanda precedente, i parenti sono stati informati del rischio?

SI	NO
----	----

Pu  essere utile / necessaria l'applicazione di sbarre al letto?

SI	NO
----	----

Se hai risposto "si" alla domanda precedente, le sbarre sono state applicate?

SI	NO
----	----

Cognome e nome di chi ha compilato la scheda	Qualifica
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data.....	Firma leggibile.....

**Falls - risk assessment**, Clinical Knowledge Summaries (June 2009). Tests per la valutazione del rischio di caduta.

- **Timed Up & Go Test**: chiedere al paziente di alzarsi dalla sedia senza aiutarsi con le braccia, camminare per tre metri, girarsi, tornare indietro e sedersi nuovamente. Se il paziente utilizza abitualmente supporti per la deambulazione il loro uso durante la camminata   consentito. L'effettuazione del test senza incertezze o difficolt  suggerisce un ridotto rischio di caduta accidentale.
- **Turn 180° Test**: chiedere al paziente di alzarsi e girarsi dal lato opposto (di 180 gradi). Se sono richiesti 4 o pi  'passi' per girarsi nella direzione opposta, il rischio di caduta connesso a disturbi della deambulazione   aumentato

## Allegato 2. POSTER INFORMATIVO/EDUCATIVO PER I PAZIENTI E I FAMILIARI, AFFISSO NELLE CAMERE DI DEGENZA



Via Conte Verde, 125 - 14100 ASTI  
 Casella Postale 130  
 tel. +39 0141.481111  
 Fax. +39 0141.484095  
 e-mail: [protocollo@asw.asl.at.it](mailto:protocollo@asw.asl.at.it)  
 P.I. / Cod. Fisc. 01120820057

**GENTILE SIGNORA / EGREGIO SIGNORE,**

*Le cadute accidentali sono eventi che, purtroppo, si possono verificare tra i pazienti ricoverati. La invitiamo, pertanto, ad adottare alcune semplici precauzioni che possono esserLe utili, non solo durante il ricovero, ma anche a domicilio, per prevenire danni conseguenti a caduta.*

		<b>INDOSSARE SCARPE/PANTOFOLE CHIUSE                  CON SUOLA ANTISCIVOLO</b>
		<b>NON CAMMINARE SUL                  PAVIMENTO BAGNATO</b>
		<b>ALZARSI DAL LETTO/SEDIA LENTAMENTE                  E CON ATTENZIONE</b>
		<b>AIUTARE IL PERSONALE A MANTENERE                  L'ORDINE IN CAMERA E BAGNO</b>
		<b>ASSICURARSI DI AVERE A PORTATA                  DI MANO IL CAMPANELLO                  E GLI OGGETTI NECESSARI</b>
		<b>RICORDARSI DI ACCENDERE LA LUCE E/O                  CHIAMARE IL PERSONALE QUANDO CI SI                  DEVE ALZARE DURANTE LA NOTTE</b>
		<b>SE HA TIMORE DI CADERE, SI RIVOLGA                  AL PERSONALE PRIMA DI MUOVERSI</b>
		<b>USARE I CORRIMANI E GLI AUSILI                  PER GLI SPOSTAMENTI</b>
	<b>SEDERSI SUL WC DURANTE LA MINIZIONE                  PER EVITARE CADUTE</b>	

### Allegato 3. OPUSCOLO INFORMATIVO/EDUCATIVO DA CONSEGNARE AI PAZIENTI

	<b>INDOSSARE SEMPRE SCARPE E PANTOFOLE CHIUSE CON SUOLA ANTISCIVOLO</b>
	<b>NON CAMMINARE MAI SUL PAVIMENTO BAGNATO</b>
	<b>ALZARSI DAL LETTO O DALLA SEDIA SEMPRE LENTAMENTE E CON ATTENZIONE</b>
	<b>MANTENERE L'ORDINE ED EVITARE DI LASCIARE A TERRA OGGETTI CHE POSSANO ESSERE DI INTRALCIO AL PASSAGGIO DURANTE LA DEGENZA ASSICURARSI DI AVERE SEMPRE A PORTATA DI MANO IL CAMPANELLO E GLI OGGETTI NECESSARI</b>
	<b>QUANDO SI HA LA NECESSITA' DI ALZARSI DURANTE LA NOTTE, ACCENDERE SEMPRE LA LUCE E CHIAMARE IL PERSONALE O UN FAMILIARE PER FARSI ACCOMPAGNARE</b>
	<b>SE SI PENSA DI POTER CADERE, RIVOLGERSI AL PERSONALE O AD UN FAMILIARE PRIMA DI MUOVERSI</b>
	<b>IN OSPEDALE USARE I CORRIMANI E GLI AUSILI PER GLI SPOSTAMENTI. A CASA SI PUO' APPOGGIARE A TAVOLI E MOBILI, BEN STABILI</b>
	<b>SEDERSI SEMPRE SUL WC DURANTE LA MINZIONE PER EVITARE VERTIGINI O DIMINUIZIONE DELLA PRESSIONE CHE POSSONO PROVOCARE UNA CADUTA</b>

*Le cadute accidentali sono eventi che, purtroppo, si possono verificare non solo durante il ricovero, ma anche a domicilio. Per prevenire le cadute, o diminuire la gravità degli eventuali danni conseguenti ad una caduta, La invitiamo ad adottare alcune semplici precauzioni sia durante la degenza in ospedale, sia quando farà ritorno a casa.*



*Libretto informativo / educativo per il paziente e i suoi familiari, elaborato a cura dell'Ufficio Qualità dell'ASL AT di Asti*

### **Perché posso cadere?**

Quando sono giunto in reparto l'infermiere mi ha posto alcune domande e ha appurato che sono a rischio di caduta.

Esistono molti motivi che possono causare una caduta, soprattutto durante il ricovero in ospedale, tra questi:

- momenti di confusione o agitazione dovuti alla nuova situazione
- assunzione di nuovi farmaci necessari per la cura della malattia che ha determinato il ricovero
- movimenti meno agili o debolezza muscolare
- disturbi dell'equilibrio o della motilità

### **Mentre mi trovo in ospedale, come posso aiutare chi si sta prendendo cura di me?**

- Quando avrò bisogno di spostarmi o andare in bagno chiederò sempre aiuto ai miei familiari o, in loro assenza, userò sempre il campanello
- Terrò sempre gli oggetti utili a portata di mano (fazzoletti, telefono, campanello, occhiali, ecc..)
- Non modificherò autonomamente l'altezza del letto
- Userò scarpe chiuse con soles antiscivolo
- In bagno mi appoggerò alle maniglie
- Chiederò sempre aiuto ai familiari o al personale e non prenderò iniziative senza consultarmi con chi si cura di me

### **Quando sarò a casa, per evitare di cadere dovrò:**

- mantenere un elevato grado di attenzione negli spostamenti
- chiedere aiuto o sostegno durante la deambulazione, soprattutto se mi sento debole o mi gira la testa. Se dovessi provare vertigini, senso di mancamento, debolezza muscolare, improvvisa perdita di forza, devo sedermi immediatamente e chiamare un familiare.
- usare sempre appoggi stabili e non appoggiarsi mai a sedie o arredi malfermi o dotati di ruote
- utilizzare scarpe o pantofole chiuse con suola in gomma e non scivolosa

- indossare sempre abiti della giusta misura e che non provochino intralci nella deambulazione o nel passaggio da una posizione ad un'altra.
- fare sempre attenzione nell'alzarmi dal letto o dalla poltrona, e non iniziare a camminare se prima non ho indossato bene le scarpe e non mi sento ben saldo sulle gambe.
- eliminare tappeti o scendiletto
- se ci sono scale o dislivelli, devo sempre usare il corrimano o chiedere aiuto ad un familiare
- verificare sempre che gli ausili che utilizzo per deambulare (bastone, girello, ecc..) siano sempre in buono stato.
- mantenere l'ordine ed evitare che in terra si trovino oggetti che possano favorire l'inciampo o lo scivolamento.
- mantenere sempre una illuminazione adeguata nella stanza, anche di notte e, qualora senta la necessità di alzarmi durante le ore notturne, accendere sempre la luce e chiedere ad un familiare di aiutarmi negli spostamenti.
- assumere sempre le terapie negli orari prescritti e non modificare mai autonomamente orari o dosi dei farmaci.
- chiedere sempre un consiglio al mio medico curante se ho dei dubbi sulle terapie prescritte, gli orari o la corretta modalità di assunzione dei farmaci

Se indosso un pannolone, devo verificare sempre che sia ben posizionato.

### **Se utilizzo la carrozzina devo:**

- chiedere ai miei familiari di aiutarmi sempre sia quando mi siedo che quando mi alzo per trasferirmi sul letto, su una poltrona o sul wc.
- verificare sempre che le cinture di sicurezza della carrozzina siano ben chiuse
- assicurarmi che le ruote siano frenate prima di sedermi o alzarmi dalla carrozzina
- ricordarmi sempre di alzare la predella prima di sedermi o alzarmi da questa e non utilizzare mai carrozzine con predella fissa.

## Raccontaci la tua storia di successo

<b>TITOLO DELLA STORIA</b>	<b>La nostra strada insieme</b>
<b>DATI GENERALI</b>	<p> <b>Compilatore della griglia:</b> Paolo Viola  <b>Ente di appartenenza:</b> ASL ASTI  <b>Servizio di appartenenza:</b> S.O.S. Promozione Qualità Assistenza Domiciliare, Semiresidenziale e residenziale  <b>Indirizzo:</b> Via Conte Verde 125, 14100 Asti  <b>E-mail:</b> <a href="mailto:pviola@asl.at.it">pviola@asl.at.it</a>  <b>Numero di telefono ufficio:</b> 0141.484402         </p>
<b>CONTESTO</b>	<p>           Il progetto - inserito nell'ambito della Promozione della qualità organizzativa e gestionale delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) - nasce dall'<b>esigenza di rendere noti e concreti, nelle strutture sociosanitarie residenziali del territorio, i valori alla base dell'assistenza dell'ospite fragile: dignità, prevenzione del rischio e tutela della persona anziana.</b> </p> <p>           Il progetto si è sviluppato attraverso tre fasi:         </p> <ol style="list-style-type: none"> <li> <b>1. costruzione della "Scheda rilevazione rischio clinico - assistenziale in presidi socio - sanitari per anziani" (Allegato)</b>, frutto di una revisione critica dei processi assistenziali - gestionali avvenuta nel tempo, per individuare i rischi clinico - assistenziali specifici degli anziani in regime di residenzialità         </li> <li> <b>2. compilazione della Scheda</b> presso le strutture socio - sanitarie dell'ASL di Asti         </li> <li> <b>3. elaborazione dei dati e analisi condivisa delle criticità rilevate</b> tra gruppo di progetto, direzione e personale delle singole strutture.         </li> </ol> <p>           Il <b>gruppo di progetto</b> - costituito da Paolo Viola (medico) e Gigliola Gualtieri (collaboratore professionale sanitario esperto - CPSE -), in servizio presso la S.O.S. Promozione Qualità dell'Assistenza - <b>ha visitato, nel corso del 2013, tutte le strutture sociosanitarie per anziani dell'ASL di Asti</b> (41 RSA accreditate).         </p> <p>           Ogni visita è stata sempre concordata preventivamente con la direzione e il personale di ogni presidio. Per un'intera mattinata, i membri del gruppo hanno:         </p> <ul style="list-style-type: none"> <li> <span style="color: #c00000;">■</span> osservato direttamente la vita dell'ospite all'interno dei vari nuclei         </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ valutato le dinamiche organizzative e di funzionamento delle Residenze interloquendo con gli anziani e con le varie professionalità componenti l'équipe assistenziale organizzando e ricercando momenti di discussione/ confronto e occasioni di dialogo</li> <li>■ raccolto i dati di gestione delle organizzazioni e dei casi legati ai rischi clinico - assistenziali avvenuti nel corso dell'anno.</li> </ul>
<b>COSA HA FUNZIONATO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ anticipare telefonicamente la visita perché ha determinato una concreta <b>accettabilità dell'intervento</b> e ha consentito alle organizzazioni di coinvolgere tutte le figure rappresentative delle strutture, al fine di cogliere pienamente l'opportunità della visita come supervisione dei processi gestionali in atto</li> <li>■ <b>l'approccio specifico alle problematiche del rischio clinico - assistenziale</b>, determinando l'interesse degli interlocutori ne ha di fatto consentito il coinvolgimento diretto su quelli che sono considerati da loro stessi come i problemi reali di tutti i giorni</li> <li>■ <b>per ogni singola struttura, l'analisi di contesto specifica e il confronto sulla vision</b> hanno permesso di riflettere sulle problematiche relative alla sostenibilità del sistema e sull'adeguamento dell'organizzazione ai bisogni dei portatori di interessi.</li> </ul>
<b>PERCHÉ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>aver creato un rapporto di fiducia e di collaborazione con i responsabili delle strutture</b>, determinato dalla conoscenza specifica dei temi affrontati, ha permesso di mantenere con loro un dialogo aperto e costruttivo</li> <li>■ tale "credito", consolidatosi nel tempo, ha consentito ai <b>membri del gruppo di progetto</b> di essere <b>riconosciuti come punto di riferimento per le problematiche gestionali - assistenziali</b></li> <li>■ complessivamente <b>il tempo "speso insieme" è stato percepito</b> dalle organizzazioni <b>come un'opportunità di crescita</b> e non come un tributo da pagare alla burocrazia.</li> </ul>
<b>COSA È CAMBIATO</b>	<p>Nel corso delle visite del 2013, nella maggior parte delle strutture, sono state osservate - rispetto alle dinamiche gestionali/organizzative - le seguenti modifiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>l'atteggiamento dei direttori</b> orientato sempre di più al coinvolgimento dell'équipe e del medico curante per un migliore approccio ai problemi sanitari e assistenziali dell'ospite</li> <li>■ una <b>maggiore attenzione agli interventi socializzanti degli ospiti e agli elementi che contribuiscono a</b></li> </ul>

**incrementare il valore della qualità della vita**, con il recupero e la valorizzazione di spazi interni ed esterni per attività che rappresentano una naturale continuità con la vita lavorativa precedente (orto, laboratorio di cucito, falegnameria/bricolage). È stato osservato in molte strutture l'impegno crescente degli ospiti anziani nella realizzazione di piccoli manufatti per facilitare e favorire le relazioni con il mondo esterno (visite di amici, anziani del paese, bambini delle scuole) o con finalità benefiche (adozione di bambini a distanza)

- **l'aumento delle risorse destinate all'attività di animazione e geromotricità** intese come valore aggiunto dell'organizzazione e dell'attrattività globale della struttura: in molti casi è stato osservato un incremento delle specifiche figure professionali e/o delle ore dedicate alla ginnastica dolce e all'attività occupazionale che, associata a stimoli relazionali, ha contribuito a modificare il clima ambientale delineando la caratteristica di una Residenza accogliente, serena e soprattutto più gradevole agli ospiti e ai parenti
- l'evoluzione delle caratteristiche dell'assistenza, con superamento del lavoro per compiti verso una costruzione di **Piano di assistenza individuale (PAI)** condiviso con ospite e familiari, secondo una **progettualità assistenziale centrata sull'individuo** e in ogni fase della condizione di auto, parziale e non auto sufficienza
- **la lotta alla depressione con un approccio di coinvolgimento costante dell'ospite a progetti di vita** volto a creare nella struttura le condizioni perché l'anziano possa mantenere relazioni affettive con persone e/o animali da compagnia, manifestare ancora una motivazione a vivere la propria vita provando emozioni e piaceri sentendosi ancora utili e, in generale, una risorsa per la società
- **l'elaborazione e la revisione di protocolli assistenziali e di riduzione del rischio clinico assistenziale**, quali:
  - l'accoglienza/inserimento di un nuovo ospite
  - il lavaggio delle mani
  - il cateterismo vescicale e l'adozione di sacche diuresi idonee
  - l'adozione di regole dietetiche per contrastare la stipsi e ridurre il ricorso a farmaci
  - le modalità assistenziali negli episodi di epidemie influenzali (respiratorie e intestinali)
  - l'utilizzo di protocolli specifici per la prevenzione delle cadute

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>l'adozione della Scheda elaborata</b> è stata <b>percepita</b> dai gestori <b>come uno strumento per monitorare</b> gli avvenimenti nella struttura, per evidenziare eventi sentinella, comprendere meglio le dinamiche di rischio e per adottare azioni migliorative</li> <li>■ <b>la messa in evidenza di bisogni formativi e di aggiornamento delle risorse professionali</b> su: <ul style="list-style-type: none"> <li>- elaborazione e formulazione degli obiettivi del PAI</li> <li>- lesione da pressione</li> <li>- alimentazione parenterale</li> <li>- comunicazione con operatori ospedalieri per la gestione delle terapie alle dimissioni</li> <li>- cateterismo vescicale</li> <li>- isolamento su problematiche infettive a carattere epidemico.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>IN CHE MODO LA MIA STORIA PUÒ ESSERE UTILE/CONTRIBUIRE ALLA PROGRAMMAZIONE DEL NUOVO PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE</b></p>	<p>Il modello adottato consente di ottenere risultati concreti in termini di maggior tutela e attenzione ai bisogni della persona fragile, attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ la promozione della logica dell'<b>abbattimento del rischio clinico assistenziale</b> quale strumento di prevenzione e valorizzazione delle buone pratiche</li> <li>■ la <b>promozione della visione "progetto di vita"</b>, superando il mero concetto di minutaggio dell'assistenza, alla luce delle nuove aspettative di vita delle persone anziane e dei loro familiari</li> <li>■ la possibilità di <b>confronto dei dati</b> relativi allo stato di benessere dell'ospite anziano in regime di residenzialità protetta con l'anziano al proprio domicilio (<a href="#">progetto PASSI d'Argento</a>).</li> </ul> <p>È verosimile ipotizzare che la diffusione dei dati raccolti, rispetto alle singole gestioni organizzative, favorisca un processo di maggior conoscenza, confronto e collaborazione tra tutti gli attori coinvolti, e predisponga allo sviluppo di una messa in rete di tutte le strutture Residenziali del territorio con un'auspicabile condivisione dei valori.</p>

**Allegato. SCHEDA RILEVAZIONE RISCHIO CLINICO ASSISTENZIALE IN  
PRESIDI SOCIO - SANITARI PER ANZIANI.**

***Informazioni generali sul Presidio***

<b><u>Denominazione Presidio:</u></b> .....
<b><u>Riferimenti del Presidio:</u></b> .....
<b>Tel.:</b> ..... <b>Fax:</b> ..... <b>E-mail:</b> .....
<b><u>Posti letto autorizzati/accreditati:</u></b> ..... <b>RSA</b> ..... <b>RA- RAB</b> .....
<b><u>Posti letto occupati:</u></b> ..... <b>RSA</b> ..... <b>RA-RAB</b> .....
<b><u>N.° nuovi ingressi TOT</u></b> ..... <b>&lt; 2 MESI SOLL</b> ..... <b>&lt; 2 MESI DIM. PROTET</b> .....
<b><u>Titolare dell'Autorizzazione :</u></b> ..... (L. R. dell'Ente)
<b><u>Gestore dei servizi:</u></b> ..... (Assistenza, pulizia, lavanderia, cucina)
<b><u>Responsabile di Struttura:</u></b> .....
<b><u>Direttore Sanitario:</u></b> .....
<b><u>Resp. Rischio Clinico:</u></b> .....
<b><u>Coordinatore infermieristico :</u></b> .....
<b><u>Coordinatore OSS :</u></b> .....

***Informazioni sulla tipologia degli ospiti presenti***

<b><i>N° ospiti /totale dei presenti (classificazione per tipologia ospiti)</i></b>
<b>Demenze</b> ..... <b>Alzheimer</b> ..... <b>Psich</b> ..... <b>Handicap</b> .....
<b><i>N° ospiti /totale presenti (classificazione per livello assistenziale dato)</i></b>
<b>Bassa</b> ..... <b>Medio-Bassa</b> ..... <b>Media</b> ..... <b>Medio-Alta</b> ..... <b>Alta</b> .....

Obiettivo di salute " **EVENTI INFORTUNISTICI** "

<b>Cadute</b>			
• N.° cadute avvenute nel 2013.....			
• Presenza di protocollo specifico per la <u>gestione</u> dell'evento	SI	NO	
• Presenza di protocollo specifico per la <u>prevenzione</u> dell'evento	SI	NO	
<b>Fughe</b>			
• N.° episodi avvenuti nel 2013.....			
• N.° ospiti considerati a rischio.....			
<b>Aggressioni/manifestazioni di insofferenza</b>			
• N.° ospiti a rischio vs parenti .....			
• N.° ospiti a rischio vs operatori .....			
• N.° ospiti a rischio vs altri ospiti .....			

Obiettivo di salute " **PREVENZIONE DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI E INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA** "

<b>Infezioni</b>			
• N.° infezioni (apparato respiratorio, urogenitale, altro....) trattate con antibiotico terapia nel periodo genn-febbr 2014.....			
(allegare elenco nominativo in sigle con diagnosi, farmacoterapia, posologia, durata, trattamento, esiti).....			
.....			
.....			
.....			
• N.° ospiti portatori di catetere vescicale a permanenza.....			
• Tipologia sacca di raccolta .....			
• Presenza di materiale sterile per inserimento CV	SI	NO	
• Tipologia di copertura antibiotica al momento della sostituzione mensile.....			
• Modifica del protocollo rispetto al 2013	SI	NO	

Obiettivo di salute " **PREVENZIONE RISCHI IN AMBIENTE DI VITA** "

<b>Esposizione ad Agenti Fisici - Caldo</b>			
• N.° ospiti a rischio disidratazione.....			
• Provvedimenti ambientali e assistenziali adottati.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

Obiettivo di salute "STILI DI VITA"

**Decadimento Intellettivo - Disorientamento**

- Provvedimenti adottati per la gestione del decadimento intellettivo .....
- .....
- .....
- .....

**Depressione**

- N.° ospiti con manifestazione depressiva .....
- N.° ospiti considerati a rischio .....
- N.° ospite non partecipanti ad attività .....
- Presenza protocollo di accoglienza per inserimento nuovi ingressi **SI** **NO**

**Rischio malnutrizione Sarcopenia**

- N.° ospiti inseriti in progetto specifico e/o seguiti dal Servizio Dietologico .....
- .....

**Lesioni da Pressione**

- N.° ospiti al momento con L da P e stadiazione.....
- N.° ospiti considerati a rischio .....
- N.° materassi antidec. ....
- N.° cuscini x carroz. antidec. ....

- Elenco ric. ospedalieri (2013) con data ricovero e dimissione, diagnosi, esito (nominativo in sigla).....
- .....
- .....
- Elenco decessi (2013) con data e causa (nominativo in sigla) .....
- .....
- .....
- Elenco trasferimenti (altra struttura, casa) e motivi del trasferimento .....
- .....
- .....

Data .....

Firma .....

Si informa che il trattamento dei seguenti dati sarà effettuato nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e trasparenza, secondo modalità idonee a garantire la sicurezza delle informazioni sensibili ivi contenute, ai sensi dell'art. 31 del D.Lgs n. 196/2003 e del relativo all. B

Data, .....

Firma .....

**Raccontaci la tua storia di successo**

<b>TITOLO DELLA STORIA</b>	<p align="center"><b>Funghi, sai cosa mangi?</b> La comunicazione come strumento di prevenzione</p>
<b>DATI GENERALI</b>	<p><b>Compilatore della griglia:</b> Panata Marisa  <b>Ente di appartenenza:</b> ASL ASTI  <b>Servizio di appartenenza:</b> Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN)  <b>Indirizzo:</b> Via Conte Verde 125, 14100 Asti  <b>E-mail:</b> <a href="mailto:mpanata@asl.at.it">mpanata@asl.at.it</a>  <b>Numero di telefono ufficio:</b> 0141.484935</p>
<b>CONTESTO</b>	<p>All'interno del SIAN è organizzato il <b>Centro di Controllo Micologico</b> (o Ispettorato Micologico) operativo nel campo della <b>prevenzione delle intossicazioni da funghi</b>.</p> <p>Tra le funzioni espletate dal Centro di Controllo Micologico si evidenziano attività di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ identificazione delle specie fungine presentate dai privati cittadini/raccoglitori e/o diretti consumatori</li> <li>■ informazione ed educazione sanitaria rivolte alla popolazione e a gruppi di interesse</li> <li>■ consulenza ad ospedali e strutture di emergenza in occasione di sospetta intossicazione da funghi.</li> </ul> <p>Nel 2013 si sono purtroppo registrati casi di intossicazione da funghi anche di gravi entità. Dall'intervista agli intossicati si è appreso che, in tutti i casi, i funghi erano stati raccolti direttamente e consumati in famiglia; che il raccoglitore intossicato si riteneva esperto nel riconoscere i funghi, ma ignorava che quelli buoni e tossici potessero crescere nello stesso habitat; ignorava quanto sia facile confondere specie commestibili dalle tossiche e che i funghi velenosi sono ampiamente diffusi in natura. Inoltre i due casi di intossicazioni gravi da funghi mortali hanno coinvolto persone straniere provenienti da Paesi dell'Est europeo.</p>

	<p>Sempre nel corso del 2013 il Centro di Controllo Micologico dell'ASL di Asti ha registrato 159 accessi di privati raccoglitori: in 9 raccolti sono state trovate specie velenose mortali (ad esempio Amanita phalloides) e 44 accessi portavano al controllo funghi tossici (ad esempio Agaricus xanthoderma). In tutti i casi i funghi sono stati ritirati e distrutti.</p>
<p><b>COSA HA FUNZIONATO</b></p>	<p><b>Una comunicazione efficace per prevenire o ridurre le intossicazioni da funghi deve porsi gli obiettivi di:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>informare i cittadini sui potenziali rischi</b> legati al consumo “non informato” di funghi</li> <li>■ <b>aumentare la consapevolezza</b> che “l’esperienza nella raccolta di funghi non è sempre sinonimo di un consumo alimentare sicuro in termini di salute”</li> <li>■ <b>pubblicizzare le modalità di accesso al servizio di controllo micologico</b> dell'ASL e le sue attività.</li> </ul> <p><b>I mezzi di comunicazione adottati per raggiungere i cittadini sono stati:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ pubblicazione di <b>articoli su giornali locali</b></li> <li>■ inserimento di <b>informazioni sui siti aziendali</b></li> <li>■ distribuzione di <b>volantini informativi</b></li> <li>■ <b>incontri diretti con la popolazione:</b> l'ASL di Asti ha organizzato un'iniziativa in occasione della Festa della Repubblica del 2 giugno. E' stata, infatti, realizzata la “Cittadella della pubblica amministrazione”, che ha coinvolto direttamente il pubblico. L'ASL di Asti nel proprio stand ha distribuito gratuitamente opuscoli e materiale informativo.</li> </ul> <p><b>Le Case della salute, i medici di base e le amministrazioni del territorio sono stati:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>sensibilizzati</b> e resi edotti che “il consumo non sicuro di funghi è un problema di salute pubblica di rilievo sul territorio”</li> <li>■ <b>invitati a farsi promotori di azioni di sensibilizzazione sulla cittadinanza</b> tramite l'invio, in posta elettronica, di locandine informative da esporre al pubblico.</li> </ul> <p>L'<b>Allegato 1</b>. contiene link a: pagina internet tematica sul sito dell'ASL di Asti, materiale grafico informativo, notizie pubblicate sulla stampa locale.</p>

<p><b>PERCHÉ</b></p>	<p><b>Il Centro di controllo Micologico dell'ASL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>svolge attività di consulenza gratuita</b> nelle sedi di Asti e Nizza Monferrato, in orari stabiliti nel periodo di maggior crescita di funghi</li> <li>■ <b>garantisce sempre la consulenza ai raccoglitori privati</b>, anche in altri periodi dell'anno ed in orari diversi</li> <li>■ <b>fornisce all'utenza</b>, oltre alla consulenza di commestibilità, anche <b>informazioni sul consumo, sulle varie specie di funghi</b>, che è importante sapere distinguere, e informazioni di carattere scientifico e divulgativo volte alla prevenzione da intossicazioni</li> <li>■ concede in omaggio ad ogni utente, al primo accesso al controllo funghi, l'<b>opuscolo "Funghi e tartufi dell'astigiano"</b> redatto con la Provincia di Asti nel 2011.</li> </ul>
<p><b>COSA È CAMBIATO</b></p>	<p>Da qualche anno <b>si registra un alto numero di accessi (Allegato 2.) di raccoglitori di funghi</b> ai Centri Micologici per la consulenza di commestibilità del raccolto. Sono, infatti, in <b>aumento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ il numero di <b>utenti che sottopongono al controllo funghi ricevuti in regalo</b></li> <li>■ <b>gli utenti che abitano in comuni anche distanti dalle sedi di controllo dell'ASL</b></li> <li>■ <b>gli utenti che ritornano</b></li> <li>■ l'accesso di <b>utenti stranieri.</b></li> </ul>
<p><b>IN CHE MODO LA MIA STORIA PUÒ ESSERE UTILE/CONTRIBUIRE ALLA PROGRAMMAZIONE DEL NUOVO PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE</b></p>	<p>Al fine di intensificare l'attività di prevenzione da intossicazione da funghi, diviene importante, in un territorio dove è in aumento la <b>presenza di persone straniere</b> provenienti da Paesi comunitari ed extracomunitari, anche la scelta di <b>tradurre locandine e materiale informativo in più lingue</b> per estendere le informazioni a quella fetta di popolazione che spesso non percepisce il pericolo di consumo di funghi che non si conoscono. <b>L'esperienza di questa ASL potrebbe essere estesa ai Centri di Controllo Micologico di altre Aziende Sanitarie.</b></p>

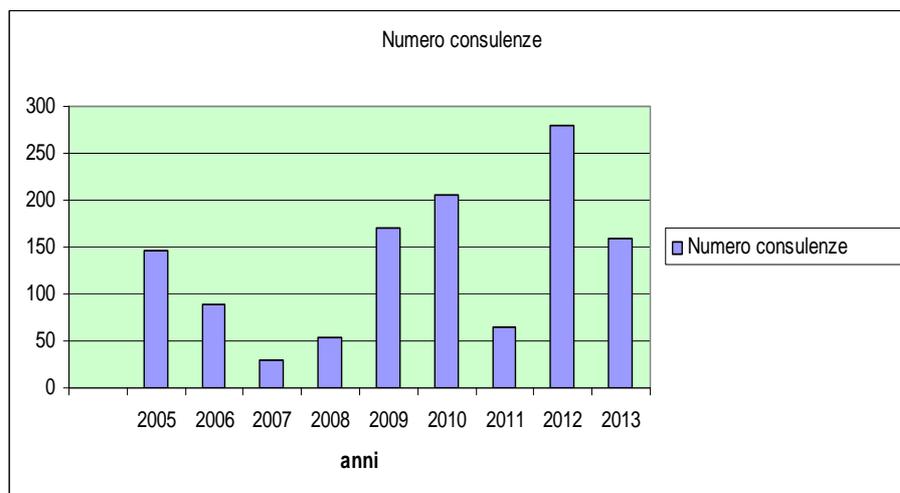
## **Allegato 1. LINK A MATERIALE INFORMATIVO**

- ❑ [\*\*Pagina tematica sul sito ASL ASTI\*\*](#) (1)
- ❑ [\*\*Pagina tematica sul sito ASL AT\*\*](#) (2)
- ❑ [\*\*Materiale grafico: locandina che pubblicizza il Servizio\*\*](#) (1)
- ❑ [\*\*Materiale grafico: locandina che pubblicizza il Servizio\*\*](#) (2)
- ❑ [\*\*Notizia sul sito della Regione Piemonte\*\*](#)
- ❑ [\*\*Notizia su ATnews: quotidiano online di Asti e del Monferrato\*\*](#)
- ❑ [\*\*Notizia sulla Gazzetta d'Asti\*\*](#)
- ❑ [\*\*Notizia su La Nuova provincia.it\*\*](#) (1)
- ❑ [\*\*Notizia su La Nuova provincia.it\*\*](#) (2)

## Allegato 2. NUMERO E ANDAMENTO ACCESSI

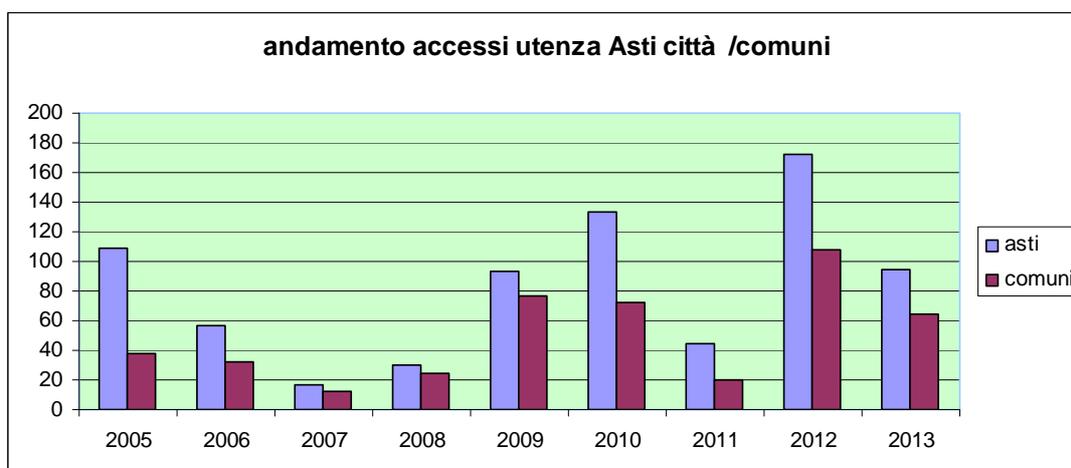
### Numero totale di accessi

Anno	Numero consulenze
2005	147
2006	89
2007	29
2008	54
2009	170
2010	205
2011	64
2012	280
2013	159



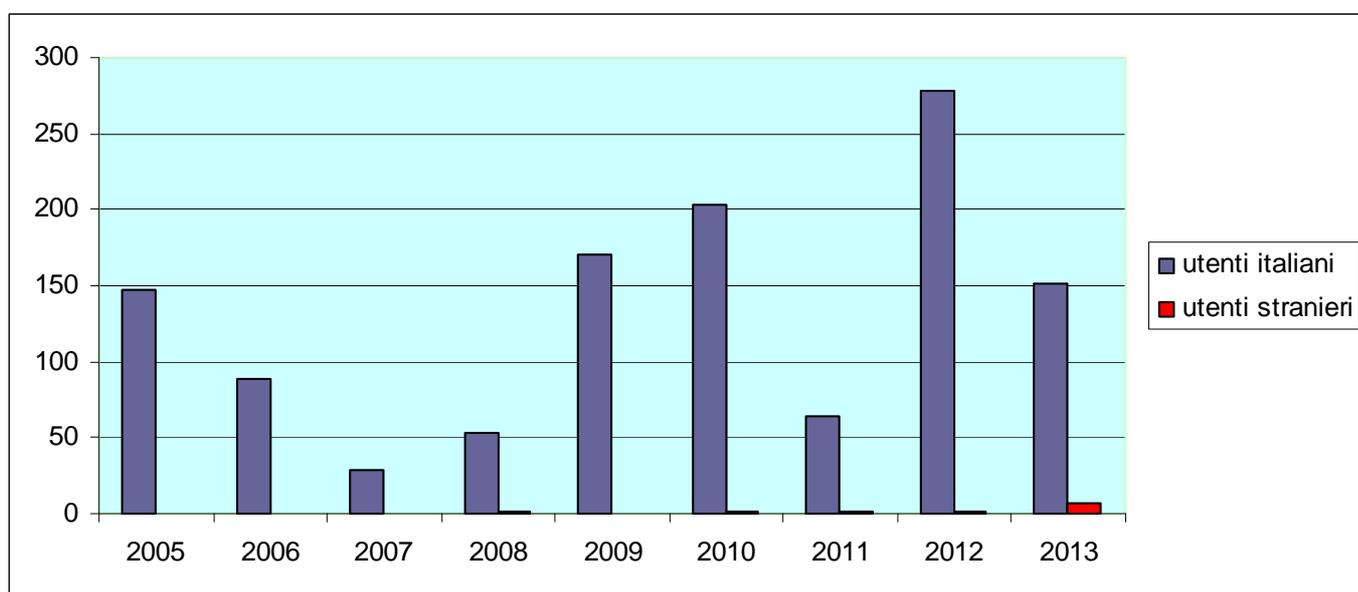
### Andamento accessi utenza Asti città/Comuni

Anno	Asti	Comuni	Totale
2005	109	38	147
2006	57	32	89
2007	17	12	29
2008	30	24	54
2009	93	77	170
2010	133	72	205
2011	44	20	64
2012	172	108	280
2013	94	65	159



## Accessi utenti italiani/utenti stranieri

Anno	Utenti	
	italiani	stranieri
2005	147	0
2006	89	0
2007	29	0
2008	53	1
2009	170	0
2010	203	2
2011	64	1
2012	278	2
2013	152	7



<b>Raccontaci la tua storia di successo</b>	
<b>TITOLO DELLA STORIA</b>	<b>Il paziente chirurgico: insieme contro la disabilità</b>
<b>DATI GENERALI</b>	<p><b>Compilatore della griglia:</b> Anna Mesto  <b>Ente di appartenenza:</b> ASL ASTI  <b>Servizio di appartenenza:</b> Direzione Integrata della Prevenzione, funzione risk management  <b>Indirizzo:</b> via Conte Verde 125, 14100 Asti  <b>E-mail:</b> <a href="mailto:amesto@asl.at.it">amesto@asl.at.it</a>  <b>Numero di telefono ufficio:</b> 0141.484901</p>
<b>CONTESTO</b>	<p>Il mandato regionale alle ASL di <b>definire una procedura aziendale per ciascuno dei 16 obiettivi del Manuale Ministeriale di Sala Operatoria</b> ha coinvolto oltre venti operatori, di diverse discipline e professionalità dell'ASL di Asti. Tale gruppo ha condiviso eventi avversi e near miss, occorsi in ASL, in ambito chirurgico.</p> <p>In particolare, per la stesura della procedura relativa al corretto posizionamento del paziente chirurgico, hanno collaborato, oltre alla sottoscritta, il Dott. Roberto Bona medico SOC di Chirurgia generale, la Dott.ssa Manuela Graziano medico della SOC Urologia, il Dott. Paolo Ghelardi medico anestesista, la Dott.ssa Patrizia Bergese Bogliolo Responsabile Assistenza Infermieristica Dipartimento Chirurgico, Giuseppina Bosso Caposala del Blocco Operatorio, Rosario Arrabito Infermiere di anestesia.</p> <p><b>Il corretto posizionamento del paziente costituisce uno dei momenti più importanti del processo di assistenza in sala operatoria</b>, poiché un errore in tale ambito può comportare gravi danni al paziente spesso con lesioni nervose permanenti e di notevole entità.</p> <p>Tale aspetto appare ancor più evidente sia alla luce delle nuove tecniche chirurgiche che spesso necessitano di posizioni obbligate per la loro esecuzione, sia per interventi di chirurgia maggiore che talora si prolungano per un notevole numero di ore. <b>La gestione deve prevedere una buona integrazione tra chirurgo, anestesista e infermieri di sala e un addestramento specifico degli operatori.</b></p>

<p><b>COSA HA FUNZIONATO</b></p>	<p><b>Il corretto posizionamento negli interventi chirurgici è stato affrontato in via preventiva per tutti i pazienti, che dovranno subire interventi di lunga durata o più sensibili</b>, per loro caratteristiche, <b>a danni di nervi e vasi</b>, in particolare gli anziani.</p> <p>L'esperienza, di cui si racconta, parte da un caso di presunto danno ad un paziente, pervenuto nel 2013 alla funzione risk management dall'ufficio legale: il paziente, nel corso dell'intervento chirurgico, avrebbe riportato una limitazione della funzionalità del braccio, per compressione prolungata del nervo ulnare.</p> <p>A tal fine si è costituito un <b>gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale per la codifica di tutte le procedure</b> relative al Manuale Ministeriale per la Sicurezza in Sala Operatoria, tra cui anche la procedura per il corretto posizionamento del paziente chirurgico, volta a evitare danni temporanei e permanenti alla motilità o alla sensibilità degli arti e a prevenire effetti invalidanti.</p>									
<p><b>PERCHÉ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare</b> nel gruppo di lavoro</li> <li>■ <b>la sensibilizzazione del personale sanitario</b> riguardo a un problema spesso sottovalutato.</li> </ul>									
<p><b>COSA È CAMBIATO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>riduzione dei danni al paziente:</b> assenza di reclami inerenti a danno neurologico temporaneo o permanente a seguito di intervento nel 2014</li> <li>■ <b>assenza di richieste di risarcimento per danno neurologico permanente</b> a seguito d'intervento nel 2014</li> <li>■ <b>riduzione delle consulenze neurologiche e di esami strumentali:</b> dati forniti dal controllo di gestione come da tabella</li> </ul> <table border="1" data-bbox="624 1570 1369 1798"> <thead> <tr> <th>Consulenze/esami</th> <th>Genn. - sett. 2013</th> <th>Genn. - sett. 2014</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Visite neurologiche</td> <td>88</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>Elettromiografie</td> <td>23</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>riduzione delle prestazioni riabilitative</b></li> <li>■ <b>contenimento dei costi per l'ASL e per la comunità:</b> la tariffa regionale di una visita neurologica è di euro 20,70 e di un'elettromiografia di euro 10,30. La tabella seguente riassume i costi</li> </ul>	Consulenze/esami	Genn. - sett. 2013	Genn. - sett. 2014	Visite neurologiche	88	80	Elettromiografie	23	1
Consulenze/esami	Genn. - sett. 2013	Genn. - sett. 2014								
Visite neurologiche	88	80								
Elettromiografie	23	1								

	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="624 197 890 277">Costo in ASL</th> <th data-bbox="890 197 1139 277">Genn. - sett. 2013</th> <th data-bbox="1139 197 1385 277">Genn. - sett. 2014</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="624 277 890 336">Visite neurologiche</td> <td data-bbox="890 277 1139 336">Euro 1.821,60</td> <td data-bbox="1139 277 1385 336">Euro 1.656</td> </tr> <tr> <td data-bbox="624 336 890 394">Elettromiografie</td> <td data-bbox="890 336 1139 394">Euro 236,90</td> <td data-bbox="1139 336 1385 394">Euro 10,30</td> </tr> <tr> <td data-bbox="624 394 890 452">Totale</td> <td data-bbox="890 394 1139 452">Euro 2.058,50</td> <td data-bbox="1139 394 1385 452">Euro 1.666,30</td> </tr> </tbody> </table>			Costo in ASL	Genn. - sett. 2013	Genn. - sett. 2014	Visite neurologiche	Euro 1.821,60	Euro 1.656	Elettromiografie	Euro 236,90	Euro 10,30	Totale	Euro 2.058,50	Euro 1.666,30
Costo in ASL	Genn. - sett. 2013	Genn. - sett. 2014													
Visite neurologiche	Euro 1.821,60	Euro 1.656													
Elettromiografie	Euro 236,90	Euro 10,30													
Totale	Euro 2.058,50	Euro 1.666,30													
	<p data-bbox="624 488 1481 521">Di conseguenza i costi in ASL si sono ridotti di euro 392,20.</p> <ul data-bbox="624 551 1441 658" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="624 551 1441 658">■ <b>aumento delle conoscenze e delle competenze del personale sanitario</b>, anche mediante la presenza di differenti professionalità nel gruppo di lavoro.</li> </ul>														
<p data-bbox="183 725 576 929"><b>IN CHE MODO LA MIA STORIA PUÒ ESSERE UTILE/CONTRIBUIRE ALLA PROGRAMMAZIONE DEL NUOVO PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE</b></p>	<p data-bbox="624 714 1449 898"><b>La gestione del rischio clinico</b>, soprattutto nelle attività invasive, come gli interventi chirurgici, <b>è utile a prevenire disabilità, con riduzione dei costi sociali</b>. Questo elemento, in tema di programmazione socio-sanitaria, è certamente di primaria importanza.</p>														

**Raccontaci la tua storia di successo**

<b>TITOLO DELLA STORIA</b>	<b>Diabete: continuità assistenziale ed empowerment del paziente</b>
<b>DATI GENERALI</b>	<p> <b>Compilatore della griglia:</b> Loredana Corsello  <b>Ente di appartenenza:</b> ASL ASTI  <b>Servizio di appartenenza:</b> Direzione Integrata della Prevenzione - Ufficio Qualità Professionale  <b>Indirizzo:</b> via Conte Verde 125, 14100 Asti  <b>E-mail:</b> <a href="mailto:lcorsello@asl.at.it">lcorsello@asl.at.it</a>  <b>Numero di telefono ufficio:</b> 0141.486223         </p>
<b>CONTESTO</b>	<p> <b>Il diabete è una malattia a diffusione epidemica</b> che incide sulla qualità di vita dei pazienti e dei loro famigliari. Si registra un continuo incremento del numero di casi di diabete, che colpisce persone di tutte le età, determinando anche un numero crescente di ricoveri tra i pazienti pediatrici.         </p> <p> <b>La collaborazione tra:</b> </p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medici e Infermieri del Reparto di Diabetologia (Luigi Gentile, direttore, e Paola Viglione, coordinatore)</li> <li>- Responsabili dell'Assistenza Dipartimentale (Patrizia Bergese Bogliolo, Tiziana Bruno, Mauro Merlino, Antonella Scotti)</li> <li>- Direttori di Reparti di degenza (Graziano Iraldi, Walter Saracco)</li> <li>- Coordinatori di Reparti di degenza (Federica Battilla, Maristella Fantino, Simonetta Giunipero, Maria Angela Pinna)</li> <li>- Dirigente Medico della Direzione Sanitaria (Roberta Broda)</li> <li>- Infermiere dei Servizi Territoriali (Mirella Moncalvo)</li> <li>- Operatori dell'Ufficio Qualità Professionale (Daniela Rivetti, direttore, Luciana Lazzarino, responsabile, Loredana Corsello e Graziella Montersino, collaboratori)</li> <li>- Operatori direttamente coinvolti nella valutazione/educazione dei pazienti: infermieri di reparti di degenza chirurgica e infermieri di reparti di degenza medica</li> </ul> <p>           ha favorito la <b>creazione di protocolli e strumenti per:</b> </p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>l'informazione e l'empowerment del paziente</b> diabetico</li> <li>■ <b>la valutazione periodica delle conoscenze e dell'autonomia gestionale del paziente</b> diabetico.</li> </ul>

<p><b>COSA HA FUNZIONATO</b></p>	<p>Nella nostra realtà gli <b>operatori sanitari</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ si mostrano <b>molto sensibili al problema</b> e alla gravità di impatto del diabete a livello sia sociale che di salute del singolo</li> <li>■ <b>rispondono</b> in modo efficace <b>al bisogno di salute</b> espresso dai pazienti diabetici, soprattutto quelli più giovani, <b>mettendo a disposizione dei pazienti le loro conoscenze professionali e creando un'alleanza terapeutica.</b></li> </ul>
<p><b>PERCHÉ</b></p>	<p><b>La cogestione sanitari-paziente</b> di tutti gli aspetti legati al problema “diabete” attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ un percorso di empowerment del paziente con sedute di <b>counselling</b> informativo/educativo, fino a che il paziente non diviene autonomo nella gestione del suo problema di salute</li> <li>■ <b>controlli programmati</b> nel tempo per la verifica del mantenimento delle abilità e delle conoscenze acquisite</li> </ul> <p><b>dimostra di avere ripercussioni positive sia in termini di salute che di vissuto del paziente.</b></p> <p>Infatti, in questo modo, la persona:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ non si sente “da sola” di fronte al diabete ma sente di poter contare sul supporto dei sanitari</li> <li>■ comprende l'importanza di adottare stili di vita più corretti</li> <li>■ incrementa la propria autonomia gestionale sino a diventare indipendente nel controllo della propria salute</li> <li>■ impara a convivere con la malattia cronica senza che questa interferisca troppo con le attività abituali e la vita quotidiana.</li> </ul>
<p><b>COSA È CAMBIATO</b></p>	<p><b>L'empowerment delle persone affette da diabete consente loro di:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>sviluppare maggior attenzione verso se stesse</b></li> <li>■ <b>modificare</b>, se necessario, lo <b>stile di vita e le abitudini</b></li> <li>■ <b>aumentare l'autonomia</b> rispetto a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- controllo del livello glicemico</li> <li>- modalità di somministrazione della terapia insulinica</li> <li>- individuazione tempestiva di segni e sintomi correlati alla terapia o alla patologia.</li> </ul> </li> </ul> <p>Il processo di empowerment è rivolto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>nuovi pazienti</b>, con malattia intercettata nel corso di un ricovero, che vengono informati e formati affinché imparino a monitorare il livello del glucosio nel sangue e a gestire la terapia insulinica in autonomia</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>pazienti</b> con storia personale di diabete <b>ricoverati presso tutti i reparti di degenza</b>, già istruiti su corrette modalità di gestione della patologia.</li> </ul> <p><b>Tutti i pazienti vengono osservati</b> almeno 3 volte nel corso del ricovero per verificare che le procedure di monitoraggio della glicemia e di somministrazione dell'insulina vengano espletate nella maniera corretta. Nel caso in cui l'infermiere riscontri dei "vizi" o errori nel processo di autogestione, allora provvederà a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ri-istruire il paziente (o il caregiver)</li> <li>■ effettuare successivi ulteriori controlli per verificare l'avvenuta correzione degli errori rilevati fino a quando il paziente (o il caregiver) dimostrerà di aver metabolizzato le indicazioni fornite e di essere realmente autosufficiente seguendo procedure corrette.</li> </ul> <p><b>L'esito di questo percorso è:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ il raggiungimento di una <b>migliore qualità di vita del singolo</b></li> <li>■ una <b>diminuzione delle complicanze</b> legate a gestioni scorrette della patologia cronica con conseguenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>- diminuzione degli accessi ai servizi sanitari</li> <li>- diminuzione del numero di aggravamenti</li> <li>- riduzione dei costi sociali del diabete.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>IN CHE MODO LA MIA STORIA PUÒ ESSERE UTILE/CONTRIBUIRE ALLA PROGRAMMAZIONE DEL NUOVO PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE</b></p>	<p><b>Il progetto si inserisce nel Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per il Diabete Mellito (PDTA DM) come elemento di prevenzione secondaria che, associato ai più ampi progetti di adozione di corretti stili di vita (alimentazione, movimento,...) contribuisce a limitare le complicanze e a favorire una migliore qualità di vita.</b></p>

<b>Raccontaci la tua storia di successo</b>	
<b>TITOLO DELLA STORIA</b>	<b>La preparazione del paziente chirurgico:</b> una check list efficace in termini di riduzione del rischio e aumento della sicurezza
<b>DATI GENERALI</b>	<b>Compilatore della griglia:</b> Loredana Corsello <b>Ente di appartenenza:</b> ASL ASTI <b>Servizio di appartenenza:</b> Direzione Integrata della Prevenzione - Ufficio Qualità Professionale <b>Indirizzo:</b> via Conte Verde 125, 14100 Asti <b>E-mail:</b> <a href="mailto:lcorsello@asl.at.it">lcorsello@asl.at.it</a> <b>Numero di telefono ufficio:</b> 0141.486223
<b>CONTESTO</b>	<p><b>La corretta preparazione del paziente all'intervento chirurgico favorisce il buon esito delle cure, riducendo al contempo i rischi</b> legati a questo tipo di processo assistenziale.</p> <p>Un <b>gruppo di lavoro multidisciplinare</b> costituito da:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- responsabili dell'Assistenza Dipartimentale (Patrizia Bergese Bogliolo, Tiziana Bruno)</li> <li>- coordinatori di Reparti di degenza (Federica Battilla, Maristella Fantino, Paola Ferraris, Simonetta Giunipero, Rosanna Montesano, Maria Angela Pinna)</li> <li>- Risk Manager (Anna Mesto)</li> <li>- operatori dell'Ufficio Qualità Professionale (Daniela Rivetti, direttore, Luciana Lazzarino, responsabile, Loredana Corsello e Graziella Montersino, collaboratori)</li> <li>- operatori direttamente coinvolti nel processo di preparazione e gestione del paziente chirurgico (infermieri dei reparti di degenza chirurgica e infermieri di sala operatoria)</li> </ul> <p><b>ha predisposto strumenti utili alla verifica della messa in sicurezza e della preparazione del paziente</b> all'intervento chirurgico.</p>
<b>COSA HA FUNZIONATO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>il gruppo di lavoro eterogeneo per competenze:</b> le diverse esperienze e abilità degli operatori coinvolti nel progetto, in relazione ai loro specifici ambiti professionali, sono confluite in modo omogeneo verso lo stesso obiettivo di prevenzione e gestione del rischio</li> <li>■ <b>la predisposizione di una check list</b> valida e particolareggiata: lo strumento realizzato permette una</li> </ul>

	<p>verifica approfondita della preparazione del paziente chirurgico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ la <b>valutazione dello strumento creato</b>: dopo alcuni mesi di adozione, la check list è stata oggetto di ulteriori analisi critiche e revisioni, finalizzate al perfezionamento dello strumento sia a livello di struttura e semplicità d'uso, sia di contenuto</li> <li>■ il <b>costante coinvolgimento degli operatori nelle revisioni dello strumento</b> adottato: un operatore coinvolto attivamente nella creazione degli strumenti di lavoro è incoraggiato a favorirne la crescita e l'evoluzione e si sente maggiormente motivato e incentivato al corretto utilizzo di tali strumenti. Inoltre spronerà i colleghi, non direttamente coinvolti nelle fasi di progettazione e revisione, al corretto utilizzo della nuova tecnologia, determinando una sua adozione continua, precisa e costante</li> <li>■ tutti gli <b>operatori</b> del processo di preparazione e gestione del paziente chirurgico si sono dimostrati <b>molto attenti e collaborativi</b> nel corretto e costante utilizzo della check list.</li> </ul>
<p><b>PERCHÉ</b></p>	<p>La partecipazione attiva degli operatori direttamente coinvolti nel processo e la predisposizione a più mani della check list ha favorito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ la piena <b>motivazione</b> degli <b>operatori</b> nell'adesione al progetto</li> <li>■ la completa <b>condivisione dell'obiettivo</b></li> <li>■ ricadute positive in termini di <b>adesione e attuazione delle corrette procedure</b> di preparazione all'intervento chirurgico</li> <li>■ la <b>corretta e continua adozione dello strumento</b> di verifica adottato</li> <li>■ un <b>maggior controllo</b> della <b>prassi</b></li> <li>■ la <b>prevenzione di complicanze</b> correlate a non completa/non corretta/inadeguata procedura in tema di preparazione all'intervento chirurgico.</li> </ul>
<p><b>COSA È CAMBIATO</b></p>	<p><b>L'utilizzo della check list ha aumentato il livello di protezione e salvaguardia del paziente chirurgico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ sia perché consente la verifica accurata dell'adozione e dell'attuazione di tutte le misure di sicurezza</li> <li>■ sia perché innalza il livello di precisione e chiarezza comunicative tra gli operatori.</li> </ul> <p>In effetti, l'adozione di uno strumento di verifica delle azioni da effettuarsi/effettuate, consente di evitare sviste e</p>

	<p>dimenticanze dovute all'abitudine o all'elevato carico di lavoro, garantendo al contempo una comunicazione precisa, chiara, esatta ed inequivocabile tra gli operatori che è certamente propedeutica alla sicurezza del paziente.</p> <p>Ad alcuni mesi dall'adozione dello strumento, sono state evidenziate alcune criticità interpretative di determinate voci; effettuate le opportune modifiche e integrazioni, l'ultima versione dello strumento (<b>Allegato</b>) è a tutt'oggi adottata in via ordinaria presso tutti i nostri Reparti di degenza chirurgica e nelle Sale Operatorie della nostra realtà.</p>
<p><b>IN CHE MODO LA MIA STORIA PUÒ ESSERE UTILE/CONTRIBUIRE ALLA PROGRAMMAZIONE DEL NUOVO PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE</b></p>	<p>Vi è una stretta relazione intercorrente tra controllo attento dei processi assistenziali e sicurezza degli atti chirurgici in termini di riduzione degli errori.</p> <p>Il volume di attività e procedure chirurgiche giornaliere è elevato presso ogni realtà ospedaliera. <b>L'adozione di pratiche corrette e di mezzi di controllo della sicurezza ha ripercussioni positive in termini di salute sia del singolo sia a livello sociale.</b></p>

## Allegato. CHECK LIST

SCSO2012.001.05



Dip. CHIRURGIA A.S.L. AT  
doc. rev.03 del 25/09/12

### Verifica della Preparazione e Sicurezza del Paziente sottoposto ad Intervento Chirurgico

Cognome..... Nome.....  
 nato/a il..... a..... sesso  M  F Età.....  
 Reparto..... data ricovero.....  
 Diagnosi e intervento previsto.....  
 Allergie note:  SI  NO a quali sostanze.....

CHECK LIST CARTELLA CLINICA	ES. EMATOLOGICI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> non previsti	CONSENSI INFORMATI FIRMATI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> chirurgico	<input type="checkbox"/> anestesiologicalo
	ECG	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> non previsto	CARTELLA ANESTESIOLOGICA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> non prevista	
	RX TORACE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> non previsto	ASA	<input type="text"/>		
	TYPE SCREEN	<input type="checkbox"/> 1ª determ.	<input type="checkbox"/> 2ª determ.	<input type="checkbox"/> non previsto	Glicemia (HGT)	<input type="text"/>	
	eventuali note.....						

Data..... Firma leggibile Infermiere (1).....

CHECK LIST PREPARAZIONE DEL PAZIENTE - IN REPARTO - FASE PREOPERATORIA -	IGIENE PREOPERATORIA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> A DOMICILIO <input type="checkbox"/> IN REPARTO		
	DIGIUNO	<input type="checkbox"/> SI	DALLE ORE .....		
	INDOSSA CAMICE INTERVENTO	<input type="checkbox"/> SI	MONILI / TRUCCO RIMOSSE	<input type="checkbox"/> SI	
	VUOTATE SACCHE SNG/CAT. VESICIALE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> non presenti sacche	PROTESI MOBILI RIMOSSE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> non presenti protesi mobili
	TRICOTOMIA	<input type="checkbox"/> NON PREVISTA	<input type="checkbox"/> PREVISTA ed EFFETTUATA	<input type="checkbox"/> A DOMICILIO <input type="checkbox"/> IN REPARTO	ALLE ORE <input type="text"/>
	CALZE CONTENITIVE	<input type="checkbox"/> NON PREVISTE	<input type="checkbox"/> PREVISTE e INDOSSATE		
	PREANESTESIA	<input type="checkbox"/> NON PREVISTA	<input type="checkbox"/> PRESCRITTA e SOMMINISTRATA	farmaco:.....ora.....	
	ANTIBIOTICO PROFILASSI	<input type="checkbox"/> NON PREVISTA	<input type="checkbox"/> PRESCRITTA e DA SOMMINISTRARE in B.O.	farmaco:.....ora.....	
PROFILASSI ATE	<input type="checkbox"/> NON PREVISTA	<input type="checkbox"/> INDICATA e SOMMINISTRATA ORE 18	farmaco:.....ora.....		

Data..... Firma leggibile Infermiere (2).....

(1) Infermiere di Reparto o Prericovero che controlla la completezza dei requisiti per l'atto chirurgico  
 (2) Infermiere Responsabile dell'invio del paziente al Blocco Operatorio



CHECK LIST PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE - SALA OPERATORIA

**- SIGN IN - controlli da effettuare PRIMA DELL'INDUZIONE DELL'ANESTESIA**

1 IL PAZIENTE O I DATI HANNO CONFERMATO:

 Identità del paziente  sede intervento  procedura  consensi 

 2  IL SITO DI INTERVENTO E' STATO MARCATO  MARCATURA DEL SITO NON PREVISTA

 3  CONTROLLI PER LA SICUREZZA DELL'ANESTESIA COMPLETATI (VENTILATORE, DEFIBRILLATORE)

 4  POSIZIONAMENTO DEL PULSISSIMETRO SUL PAZIENTE E VERIFICA DEL CORRETTO FUNZIONAMENTO TRAMITE TEST

IDENTIFICAZIONE DEI RISCHI DEL PAZIENTE:

 5 Allergie note  NO  SI

 6 Difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione  NO  SI se SI, la strumentazione / assistenza è disponibile

 7 Rischio di perdita ematica >500 ml (7ml/kg nei bambini)  NO  SI se SI, l'accesso endovenoso è adeguato e i fluidi sono disponibili

**- TIME OUT - controlli da effettuare PRIMA DELL'INCISIONE DELLA CUTE**

 1  TUTTI I COMPONENTI DELL'EQUIPE SI SONO PRESENTATI CON IL PROPRIO NOME E FUNZIONE E SI E' VERIFICATA LA COMPOSIZIONE DEL TEAM RISPETTO AL PROGRAMMA OPERATORIO

 2  IL CHIRURGO, L'ANESTESISTA E L'INFERMIERE HANNO CONFERMATO: IDENTITA' DEL PAZIENTE, SEDE DI INTERVENTO, RISCHIO

ANTICIPAZIONE DI EVENTUALI CRITICITA' O PREOCCUPAZIONI:

 3  CHIRURGO: durata dell'intervento, rischio di perdita di sangue, altro?

 4  ANESTESISTA: specificità riguardanti il paziente, scala ASA, altro?

 5  INFERMIERE: è stata verificata la sterilità (compresi i risultati degli indicatori) e ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi e/o altre preoccupazioni?

 6 LA PROFILASSI ANTIBIOTICA E' STATA ESEGUITA NEGLI ULTIMI 60 MINUTI?  SI  Non applicabile

 7 LE IMMAGINI DIAGNOSTICHE SONO STATE VISUALIZZATE?  SI  Non applicabile

**- SIGN OUT- controlli da effettuare PRIMA CHE IL PAZIENTE ABBANDONI LA SALA OPERATORIA**

I COMPONENTI DELL'EQUIPE CONFERMANO / ESPONGONO VERBALMENTE, SECONDO SPECIFICA RESPONSABILITA':

 1  IL NOME DELLA PROCEDURA REGISTRATA (quale procedura è stata eseguita)

 2  IL CONTEGGIO FINALE DI GARZE, BISTURI, AGHI E ALTRO STRUMENTARIO CHIRURGICO DA PARTE DELLO STRUMENTISTA, È RISULTATO CORRETTO. SE NO, SONO STATE ATTIVATE PROCEDURE SPECIFICHE

 3  IL CAMPIONE CHIRURGICO, CON CONTENITORE E RICHIESTA, E' STATO ETICHETTATO (compreso identificativo del paziente e descrizione del campione)

 4  EVENTUALI PROBLEMI INSORTI DURANTE L'UTILIZZO DI DISPOSITIVI MEDICI

 5  CHIRURGO, ANESTESISTA E INFERMIERE REVISIONANO GLI ASPETTI IMPORTANTI E GLI ELEMENTI CRITICI PER LA GESTIONE DELL'ASSISTENZA POST OPERATORIA

 6  E' STATO PREDISPOSTO IL PIANO PER LA PROFILASSI DEL TROMBOEMBOLISMO POST OPERATORIO (Terapia farmacologica / calze anti trombo, ove previsto)

PROCEDURA ESEGUITA .....

Data ..... Firma leggibile Coordinatore C.L. (3).....

 (3) Infermiere di Anestesia che richiede conferma dei controlli necessari a garantire la sicurezza del paziente.  
 Ogni componente dell'equipe risponde per la propria responsabilità.

**Raccontaci la tua storia di successo**

<b>TITOLO DELLA STORIA</b>	<p align="center"> <b>Un sistema operativo on line ASL - Scuola</b>          Un esempio di comunicazione efficace per garantire i livelli minimi di prevenzione a scuola       </p>
<b>DATI GENERALI</b>	<p> <b>Compilatore della griglia:</b> M. Grazia Tomaciello  <b>Ente di appartenenza:</b> ASL CUNEO1  <b>Servizio di appartenenza:</b> Direzione Integrata Prevenzione - S.S. Educazione Sanitaria  <b>Indirizzo:</b> Corso Francia 10, 12100 Cuneo  <b>E-mail:</b> <a href="mailto:educazione.sanitaria@aslcn1.it">educazione.sanitaria@aslcn1.it</a>  <b>Numero di telefono ufficio:</b> 0171.450608       </p>
<b>CONTESTO</b>	<p> <b>Il progetto si inserisce nell'ambito del Piano Collaborativo Asl Cuneo1 - Scuola</b> (Piano Locale della Prevenzione - Stili di vita Setting Scuola) e nasce dall'esigenza di raggiungere in modo capillare tutte le scuole del territorio nella fase dedicata all'offerta gratuita di progetti e interventi educativi e formativi, sistematicamente proposti dai servizi sanitari.       </p> <p>         Sono coinvolti, nel progetto, i seguenti servizi:       </p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Direzione Integrata Prevenzione/S.S. Educazione Sanitaria</li> <li>- S.C. Servizio Informatica e Telecomunicazioni.</li> </ul> <p>         I seguenti operatori sanitari costituiscono il <b>gruppo di lavoro</b>:       </p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- M. Grazia TOMACIELLO - Medico</li> <li>- Marinella REVELLO - Assistente Sanitaria</li> <li>- Damiana BERAUDO - Tecnico informatico</li> <li>- Silvia CARDETTI - Psicologa.</li> </ul> <p>         Gli <b>obiettivi</b> del progetto sono:       </p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. rendere accessibile a tutte le scuole il catalogo delle proposte annuali predisposte dall'ASL Cuneo1</b> in tema di promozione della salute ed educazione sanitaria (Piano Collaborativo ASL - Scuole)</li> <li><b>2. facilitare l'adesione da parte delle scuole</b></li> <li><b>3. migliorare la gestione della raccolta dati da parte dell'ASL.</b></li> </ol>

<p><b>COSA HA FUNZIONATO</b></p>	<p>A partire dall'anno scolastico 2009/2010:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ si è attivato un preliminare raccordo con il Sistema Informativo aziendale, che ha reso possibile l'ideazione, la messa a punto e l'attivazione della <a href="#">Piattaforma on line</a></li> <li>■ i progetti sono pubblicati on line direttamente sul sito dell'ASL Cuneo1</li> <li>■ la Piattaforma è condivisa con l'Ufficio Scolastico Provinciale (USP) tramite l'attivazione di un link sul suo sito</li> <li>■ tutte le scuole sono informate (sia tramite gli incontri consueti di inizio anno scolastico, sia tramite mail) dell'avvenuto <b>inserimento on line dei progetti e delle procedure</b> da seguire per potersi avvalere delle offerte educative e formative messe a disposizione dai Servizi dell'ASL nel corrente anno scolastico</li> <li>■ si procede (dopo la scadenza delle adesioni) ad approntare la scheda di sintesi con <b>elenco delle scuole aderenti per ciascun progetto</b>, favorendo in tal modo l'attivazione del responsabile di ogni progetto, il suo raccordo con le singole scuole e l'avvio del lavoro collaborativo specifico</li> <li>■ si può ricavare dalla Piattaforma on line la <b>messa a punto di schede informative</b> sia sui singoli progetti (rapportati alle scuole aderenti) sia sulle singole scuole (rapportate ai diversi progetti da loro richiesti).</li> </ul>
<p><b>PERCHÉ</b></p>	<p>Il progetto trae sostegno dal <b>collaudato pluriennale rapporto collaborativo Asl Cuneo1 - Scuola</b>, che si traduce in precise procedure annuali condivise (riunioni di inizio e di fine anno scolastico, utilizzo di schede di valutazione finale, aggiornamento costante delle mailing list dei referenti di progetto ASL e dei Referenti alla salute scuola) a sostegno di tutte le comunicazioni operative e del raccordo tra i due sistemi istituzionali.</p> <p>Il successo del progetto è stato determinato, soprattutto, dalla <b>costante gestione operativa della piattaforma da parte dell'ASL Cuneo1 attraverso il Servizio Educazione Sanitaria</b>.</p>
<p><b>COSA È CAMBIATO</b></p>	<p>Tutte le scuole hanno modo di accedere tempestivamente e con facilità alle proposte dell'ASL Cuneo1 e di caricare on line i dati necessari per l'adesione.</p> <p><b>Il sistema ha alleggerito le procedure precedenti ottimizzando le risorse disponibili e riducendo i costi</b> (minor consumo di carta, toner, fotocopie fax, telefonate); inoltre ha ridotto notevolmente la dispersione delle informazioni intercorrenti fra ASL e scuole (smarrimento documenti, mancata ricezione dei messaggi,...).</p>

	<p>L'insieme delle nuove procedure ha garantito il raggiungimento ottimale ed efficiente di tutte le scuole del territorio. E' stato, infatti, <b>raggiunto il 100% delle scuole presenti sul territorio di cui il 95% ha aderito ad almeno un progetto proposto.</b></p>
<p><b>IN CHE MODO LA MIA STORIA PUÒ ESSERE UTILE/CONTRIBUIRE ALLA PROGRAMMAZIONE DEL NUOVO PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE</b></p>	<p>Riteniamo che questo percorso possa essere utile per la nuova programmazione del Piano Regionale di Prevenzione perché mette a disposizione, attraverso procedure consolidate, la <b>testimonianza concreta dell'ottimizzazione del rapporto operativo tra ASL e scuole</b>, utile a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ conferire maggiore identità al rapporto collaborativo fra le due Istituzioni in tema di salute</li> <li>■ facilitare la messa a regime di tale rapporto</li> <li>■ creare le basi per attivare ulteriori aree di interfaccia, utili per scambio e sistematizzazione di dati, sia di tipo valutativo che documentativo.</li> </ul> <p>Quest'ultimo punto ci sembra oltre modo interessante perché potrebbe creare delle basi per recuperare nel sistema <a href="#">Pro.Sa.</a> anche le scuole.</p>

**Raccontaci la tua storia di successo**

<b>TITOLO DELLA STORIA</b>	<p style="text-align: center;"><b>Teatro e salute</b></p> <p style="text-align: center;">Il Teatro Sociale di Comunità per promuovere una rete di competenze per la salute e una pratica partecipativa e inclusiva nella comunità</p>
<b>DATI GENERALI</b>	<p><b>Compilatore della griglia:</b> M. Grazia Tomaciello  <b>Ente di appartenenza:</b> ASL CUNEO1  <b>Servizio di appartenenza:</b> Direzione Integrata Prevenzione - S.S. Educazione Sanitaria  <b>Indirizzo:</b> Corso Francia 10, 12100 Cuneo  <b>E-mail:</b> <a href="mailto:educazione.sanitaria@aslcn1.it">educazione.sanitaria@aslcn1.it</a>  <b>Numero di telefono ufficio:</b> 0171.450608</p>
<b>CONTESTO</b>	<p><b>La storia si inserisce nel contesto del Piano Locale di Prevenzione</b> (Stili di vita - Setting Comunità) e del processo locale Profili e Piani di Salute.</p> <p>Sono stati <b>coinvolti</b> i seguenti <b>Servizi e operatori sanitari</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Direzione Integrata Prevenzione/S.S. Educazione Sanitaria (Dr. Marcello Caputo, Dr.ssa Maria Grazia Tomaciello, Assistente sanitaria Marinella Revello)</li> <li>- Dipartimento Prevenzione - SIAN (Dr. Sebastiano Blancato, Dr. Pietro Luigi De Valle, Dr.ssa Silvia Cardetti, Dietista Maria Elena Sacco, Educatore professionale Raffaella Lanfranchi)</li> <li>- Dipartimento Salute Mentale (Dr. Ugo Palomba, Educatore professionale Chiara Varaldo, Dr.ssa Daniela Massimo)</li> <li>- Struttura OSRU - Formazione (Dr.ssa Grazia Maria Alberico, Amministrativa Matilde Annunziata).</li> </ul> <p><b>Hanno collaborato:</b>          DoRS, Master Teatro Sociale di Comunità (TSC) Università di Torino, Consorzio Socio Assistenziale Cuneese, Consorzio Monviso Solidale, Associazione "Esseoesse.net onlus", Compagnia "Il melarancio", Associazione "Voci Erranti", CIPES Piemonte, Comuni di Cuneo, Savigliano, Saluzzo, Fossano, Mondovì, Dogliani, Cooperativa "Caracol", Associazione "Servi di scena".</p>

	<p>Si tratta di un percorso avviato nel 2011 <b>per</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>promuovere pratiche efficaci di comunicazione della salute</b> in contesti comunitari <b>attraverso</b> l'utilizzo del <b>Teatro Sociale di Comunità (TSC)</b></li> <li>■ <b>sostenere processi favorevoli alla salutogenesi individuale e comunitaria.</b></li> </ul> <p>Il TSC è stato infatti proposto sostenendone il valore trasformativo e performativo tra processi di cambiamento favorevoli sia a stili di vita salutari - inclusivi e sostenibili - sia a competenze professionali salutari.</p>
<p><b>COSA HA FUNZIONATO</b></p>	<p>I <b>risultati più rilevanti</b>, che testimoniano il successo del percorso, sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>il costante coordinamento della rete territoriale</b> (14 partner coinvolti) reso possibile dalla costituzione di uno stabile Comitato Inter-istituzionale e da riunioni mensili; fondamentale è stata in tal senso la funzione di supporto e di facilitazione svolta dall'ASL (Direzione Integrata Prevenzione - S.S. Educazione sanitaria) attraverso l' "accudimento" metodologico, documentale, organizzativo e operativo</li> <li>■ <b>il finanziamento della Fondazione CRC</b>, che in parte ha consentito l'utilizzo di competenze teatrali specifiche per realizzare sia azioni formative per i decisori e gli operatori sia azioni educative con i giovani</li> <li>■ <b>la messa in comune e la valorizzazione delle competenze e delle esperienze</b> dei diversi attori del territorio coinvolto, favorendo così sinergie, scambi di informazioni, superamento di resistenze, nuove contaminazioni culturali</li> <li>■ <b>lo sviluppo di azioni strutturate e contestualizzate</b> in ciascun ambito territoriale dell'ASL, con conseguente valorizzazione di risorse ed esperienze locali</li> <li>■ <b>gli strumenti metodologici</b> che favoriscono 'prove esperienziali' e la partecipazione</li> <li>■ <b>l'efficacia dei canali e degli strumenti di comunicazione</b> messi a disposizione da DoRS.</li> </ul> <p>Tutto ciò ha portato al <b>significativo coinvolgimento di</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>265 operatori</b> (sanitari, sociali e teatrali) e <b>20 decisori</b> che sono stati formati attraverso 5 seminari organizzati dall'ASL e dal <a href="#">Forum Teatro Salute e Benessere</a> organizzato dall'ASL Cuneo1 in sinergia con i partner regionali</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ circa <b>200 studenti</b> attivati come protagonisti di azioni educative, <b>950 giovani</b> e <b>2.400 cittadini</b> sensibilizzati attraverso la realizzazione di 7 diversi eventi pubblici</li> <li>■ <b>10 scuole.</b></li> </ul> <p>Sono stati <b>ideati e prodotti 5 video</b>, finalizzati alla valutazione del percorso, nonché ad azioni di marketing sociale e di advocacy.</p>
<p><b>PERCHÉ</b></p>	<p>Hanno determinato questo successo soprattutto i seguenti elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ la stabilità del <b>Comitato Inter-istituzionale</b> locale</li> <li>■ la <b>produzione condivisa di un glossario</b> comune attraverso un documento ad hoc per i decisori e gli eventi formativi</li> <li>■ l'attivazione di "<b>gruppi di progetto territoriali</b>" con una molteplicità di culture professionali e di patrimoni esperienziali</li> <li>■ la <b>collaborazione</b> delle <b>scuole</b> e delle <b>amministrazioni comunali</b></li> <li>■ il <b>raccordo con progetti paralleli</b> in atto nel territorio (ad esempio AICoTra)</li> <li>■ il <b>sistema di documentazione e comunicazione curato da DoRS</b></li> <li>■ l'<b>inserimento del TSC nei percorsi formativi delle professioni sanitarie</b> (ad esempio Corso Laurea Scienze Infermieristiche UniTo sede Cuneo)</li> <li>■ la <b>partecipazione a eventi scientifici</b></li> <li>■ la <b>produzione di strumenti comunicativi multimediali</b> (video).</li> </ul>
<p><b>COSA È CAMBIATO</b></p>	<p>Il percorso ha:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ portato alla produzione di significativi <b>cambiamenti sul piano delle conoscenze e delle competenze</b> da parte dei decisori, degli operatori e dei giovani</li> <li>■ creato le <b>condizioni per nuove co-progettualità e spazi di ricerca</b> tesi a sperimentare il TSC nella formazione sanitaria di base e nell'educazione comunitaria</li> <li>■ contribuito ad accrescere nella comunità il <b>senso di appartenenza e il capitale sociale</b></li> <li>■ favorito il <b>miglioramento dell'integrazione tra competenze</b> sanitarie, sociali e culturali del territorio.</li> </ul>

IN CHE MODO LA MIA  
STORIA PUÒ ESSERE UTILE/  
CONTRIBUIRE ALLA  
PROGRAMMAZIONE DEL  
NUOVO PIANO REGIONALE  
DI PREVENZIONE

**I processi di partecipazione attivati dal TSC permettono di aumentare il capitale sociale** ([Glossario Promozione della Salute](#), OMS 1998) e **promuovere policy e azioni sostenibili** ([Glossario Promozione della Salute: nuovi termini](#), OMS 2006) **a favore dell'empowerment delle persone** rispetto alle proprie scelte di salute (stili di vita e non solo) e anche a sostegno di comunità resilienti in una nuova idea di welfare ([Salute 2020](#), OMS 2013).

Riteniamo che **questo percorso** possa essere utile per la nuova programmazione del Piano Regionale di Prevenzione perché, attraverso i materiali e gli strumenti comunicativi multimediali prodotti, **testimonia il valore e l'efficacia per la promozione della salute:**

- **della pratica del TSC** nei processi di costruzione sociale della salute, valore (costituzionale) e bene comune
- **della co-responsabilità dei diversi settori di una comunità locale** per la facilitazione di “reti di pensiero e azione” nei differenti contesti di vita e lavoro per la costruzione di policy sostenibili
- **della co-progettualità delle amministrazioni locali**, tesa a percorsi virtuosi, generatori di cultura partecipativa e di benessere per la comunità, nonché ad azioni concertate di fundraising
- dell'inserimento **del TSC come pratica di apprendimento di competenze** per la salute all'interno dei percorsi di formazione di base
- **del sostegno delle “reti di scuole”** che adottano stabilmente la metodologia del TSC in percorsi educativi multidisciplinari su temi di salute e benessere (strategia propria della [Rete Europea “Scuole che promuovono la salute”](#))
- **del rapporto con il mondo della ricerca universitaria** nei percorsi sperimentali al fine di sistematizzare le buone prassi.

**Raccontaci la tua storia di successo**

<b>TITOLO DELLA STORIA</b>	<b>Scuola e Salute: un sistema virtuoso di alleanza interistituzionale nel territorio cuneese</b>
<b>DATI GENERALI</b>	<p> <b>Compilatore della griglia:</b> M. Grazia Tomaciello  <b>Ente di appartenenza:</b> ASL CUNEO1  <b>Servizio di appartenenza:</b> Direzione Integrata Prevenzione - S.S. Educazione Sanitaria  <b>Indirizzo:</b> corso Francia 10, 12100 Cuneo  <b>E-mail:</b> <a href="mailto:educazione.sanitaria@aslcn1.it">educazione.sanitaria@aslcn1.it</a>  <b>Numero di telefono ufficio:</b> 0171.450608         </p>
<b>CONTESTO</b>	<p> <b>La storia, inserita nel contesto del Piano Locale della Prevenzione</b> (Stili di vita - Setting Scuola), si riferisce al percorso che si è consolidato, secondo gli indirizzi OMS (Carta di Ottawa e Rete delle Scuole promotrici di salute), nell'arco di circa 17 anni.         </p> <p>           Il percorso, avviato nel 1997, ha coinvolto le tre ex ASL della provincia cuneese, attraverso una preliminare fase istruttoria - condivisa con il Provveditorato agli Studi (l'attuale Ufficio Scolastico Territoriale - UST -) - che si è conclusa con la sottoscrizione di un Protocollo di intesa.         </p> <p>           Si è, così, messa a punto un'alleanza con il mondo della scuola (<b>Piano collaborativo ASL - Scuola</b>) basata sulla condivisione di criteri metodologici e di contenuti di salute prioritari da promuovere. Annualmente è redatto un "<b>Catalogo</b>" di offerte educative, informative e formative per insegnanti, studenti e genitori, la cui progettazione e realizzazione sono in gran parte possibili grazie all'impegno dei Servizi Sanitari e dei diversi partner del territorio.         </p> <p>           Attualmente <b>sono coinvolti i seguenti servizi aziendali:</b> </p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Direzione Integrata Prevenzione/S.S. Educazione Sanitaria</li> <li>■ Dipartimento Prevenzione</li> <li>■ Dipartimento Salute Mentale</li> <li>■ Dipartimento Dipendenze Patologiche</li> <li>■ Dipartimento Materno Infantile</li> <li>■ S.C. Fisiatria</li> <li>■ S.C. Epidemiologia</li> <li>■ U.O.A Oculistica.</li> </ul>

	<p><b>Collaborano:</b>  UST, Enti Locali, Consorzio Socio assistenziale Cuneese, Consorzio Monviso Solidale, Cooperativa Animazione Valdocco, Associazioni ADAS, AVIS, FIDAS, AIDO, ADMO, AVAS, FISAS, CIPES, Associazione MenteinPace, Associazione Esseoesse.net onlus, Eclectica-Istituto di ricerca, formazione e comunicazione.</p>
<p><b>COSA HA FUNZIONATO</b></p>	<p>I risultati rilevanti, che testimoniano il successo del percorso, sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ la <b>formazione integrata</b> di operatori scolastici e socio-sanitari per condividere conoscenze, metodi, criteri, strumenti</li> <li>■ la <b>condivisione delle procedure</b> utili a presidiare il costante rapporto tra le due istituzioni (riunioni periodiche, allestimento e manutenzione di un sistema operativo online, co-progettazione, valutazione)</li> <li>■ l'attenzione all'<b>offerta di buone pratiche</b></li> <li>■ l'attenzione all'<b>accessibilità al Catalogo</b>, da parte di tutte le scuole del territorio aziendale, garantendo così i livelli minimi di prevenzione</li> <li>■ la <b>promozione e il sostegno di “reti di scuole promotrici di salute” e di “alleanze inter-istituzionali”</b> su temi di salute specifici</li> <li>■ la <b>sinergia tra i servizi aziendali</b> nella fase della programmazione annuale.</li> </ul>
<p><b>PERCHÉ</b></p>	<p>Hanno determinato questo successo i seguenti elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ il <b>coordinamento stabile garantito dalla S.S. Educazione Sanitaria</b></li> <li>■ l'esistenza costante di un “<b>gruppo di lavoro inter-servizi</b>”</li> <li>■ l'impegno per il <b>miglioramento delle competenze</b> degli operatori attraverso lo strumento della formazione</li> <li>■ la <b>sostenibilità del sistema operativo/amministrativo</b> attivato in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Provinciale</li> <li>■ la <b>collaborazione con altri Enti del territorio.</b></li> </ul>
<p><b>COSA È CAMBIATO</b></p>	<p>Il percorso ha portato alla produzione di <b>significativi cambiamenti organizzativi/gestionali</b> (ad esempio: ottimizzazione e condivisione delle procedure di programmazione e rendicontazione interne all'ASL; sistematizzazione dell'interfaccia operativa/amministrativa con le scuole) nonché <b>cambiamenti comunicativi/strategici</b> (ad esempio: maggiore pubblicizzazione e visibilità delle esperienze; più facile accessibilità a</p>

	<p>documentazione e strumenti di lavoro; miglioramento del rapporto di fiducia tra le due istituzioni; maggiore propensione a ricercare forme di co-progettualità; maggior riconoscimento delle strategie comuni connesse alla promozione della salute a scuola).</p>
<p><b>IN CHE MODO LA MIA STORIA PUÒ ESSERE UTILE/CONTRIBUIRE ALLA PROGRAMMAZIONE DEL NUOVO PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE</b></p>	<p><b>Il percorso propone una modalità virtuosa di sinergia tra Sanità e Scuola</b> in quanto evidenzia elementi di efficienza e di sostenibilità, ponendo un'attenzione particolare ai Livelli minimi di assistenza/prevenzione da agire a favore di tutte le scuole. Pertanto esso può contribuire alla programmazione del nuovo Piano Regionale di Prevenzione <b>segnalando i propri strumenti organizzativi</b> (protocollo di intesa, piattaforma operativa per interfaccia online ASL - scuole ) <b>e strategici</b> (attivazione di reti di scuole per sviluppo tematiche specifiche, co-progettazione, fundraising,...). Questi strumenti ben si inquadrano nelle attuali Linee di indirizzo regionali sottoscritte da MIUR, Assessorato alla sanità e Assessorato all'istruzione.</p>

**Raccontaci la tua storia di successo**

<b>TITOLO DELLA STORIA</b>	<p style="text-align: center;"><b>Sicurezza stradale: un sistema per il trasferimento, lo scambio e la condivisione di documentazione</b></p>
<b>DATI GENERALI</b>	<p><b>Compilatore della griglia:</b> Laura Marinaro  <b>Ente di appartenenza:</b> ASL CUNEO2  <b>Servizio di appartenenza:</b> Servizio di Epidemiologia  <b>Indirizzo:</b> via Vida 10, 12051 Alba (CN)  <b>E-mail:</b> <a href="mailto:LMarinaro@aslcn2.it">LMarinaro@aslcn2.it</a>  <b>Numero di telefono ufficio:</b> 0173.316622</p>
<b>CONTESTO</b>	<p>L'<a href="#">Area Focus incidenti stradali</a> rappresenta l'impegno della Regione Piemonte nella realizzazione di un <b>sistema di documentazione in rete, accessibile, sistematico e inclusivo</b>, come già previsto dal Piano regionale di Prevenzione Attiva degli incidenti stradali 2005-2007 riproposto nel Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 e 2013-2014.</p> <p>L'Area Focus prevede la collaborazione di un gruppo formato da: la Referente regionale Incidenti Stradali, tre operatori DoRS - una documentalista e due psicologhe -, tre colleghi del Servizio di Epidemiologia - un medico, un esperto di sistemi informativi e una statistica matematica - per la parte inerente i dati. L'Area Focus si arricchisce attraverso i contributi di operatori appartenenti ai gruppi regionali e locali che si occupano di incidenti stradali.</p>
<b>COSA HA FUNZIONATO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ la <b>raccolta sistematica</b> delle <b>evidenze</b> scientifiche, dei <b>dati</b>, delle <b>politiche</b>, dei <b>metodi</b> e <b>strumenti</b>, delle <b>esperienze</b> e delle <b>buone pratiche</b> sui temi della prevenzione degli incidenti stradali e della promozione della sicurezza stradale</li> <li>■ la <b>disseminazione</b> e la <b>valorizzazione delle evidenze</b> mediante la produzione di sintesi e di adattamenti in lingua italiana, per orientare le attività di progettazione degli operatori e per supportare i processi decisionali a vari livelli. La disseminazione è avvenuta attraverso alcuni canali quali:       <ul style="list-style-type: none"> <li>- pubblicazione mensile sulla newsletter DoRS</li> <li>- invio periodico di e-mail al gruppo degli operatori coinvolti nella linea incidenti stradali a livello locale</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ la <b>sistematizzazione in PRO.SA</b> dei progetti e delle <b>buone pratiche</b> inerenti il tema</li> <li>■ la <b>collaborazione costruttiva del gruppo di lavoro</b> in tutte le fasi: della raccolta, dell'elaborazione e sintesi, della disseminazione, dell'aggiornamento.</li> </ul>
<p><b>PERCHÉ</b></p>	<p>La creazione di una struttura gratuitamente accessibile sul sito Dors (area focus), articolata in più voci organizzate, ha consentito a professionisti, stakeholder e decisori impegnati sui temi, di <b>accedere in modo semplice e diretto ai contenuti</b>.</p> <p><b>A livello organizzativo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ incontri costanti di raccordo del gruppo di lavoro con il Responsabile regionale Laura Marinaro</li> <li>■ gruppo di lavoro composto da professionalità con competenze diverse ma complementari: esperti di documentazione, di progettazione, di comunicazione</li> <li>■ risorse dedicate e attenzione al processo per garantire la sostenibilità e l'aggiornamento continuo.</li> </ul> <p><b>A livello di contenuti:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ la qualità scientifica, il grado di novità, la pertinenza, l'interesse, l'utilità delle evidenze, dei dati, delle politiche, dei metodi e degli strumenti, delle buone pratiche selezionate</li> <li>■ la chiarezza, la semplicità, l'attenzione agli aspetti di trasferibilità delle sintesi e degli adattamenti.</li> </ul>
<p><b>COSA È CAMBIATO</b></p>	<p>Un questionario somministrato agli <b>operatori</b> delle ASL piemontesi che hanno partecipato a un percorso formativo finalizzato all'elaborazione e all'implementazione di progetti (Progetto Multicentrico 2008-2009) ha evidenziato che una percentuale compresa <b>tra il 70 e l'80% dichiarava di aver aumentato le conoscenze</b> sul tema incidenti stradali, di <b>aver imparato a utilizzare le buone pratiche</b> e di <b>aver aumentato la capacità di analizzare le evidenze di efficacia</b> (<a href="#">Report di valutazione del Progetto multicentrico</a>).</p> <p>Si è registrato un incremento di visite all'area focus, in un arco di tempo che va dal 2011 al 2014, con una leggera flessione nell'ultimo anno, come attesta l'<b>Allegato</b>.</p>
<p><b>IN CHE MODO LA MIA STORIA PUÒ ESSERE UTILE/CONTRIBUIRE ALLA PROGRAMMAZIONE DEL NUOVO PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE</b></p>	<p>Questa esperienza vuole sottolineare come <b>l'attività di progettazione e ogni processo decisionale in ambito di prevenzione e promozione della salute, devono essere informati</b> da dati, evidenze, strumenti e metodi, buone pratiche aggiornate, accessibili, sintetizzate e adattate in modo semplice e chiaro.</p>

## Allegato. ACCESSI AREA FOCUS INCIDENTI STRADALI

	Accessi 2014	Accessi 2013	Accessi 2012	Accessi 2011
<b>PPA - INCIDENTI STRADALI</b>	4039	4668	3075	2812

Accessi all'area per dati/temi specifici	2014	2013	2012	2011
Dati dimensioni	1264	1135	658	547
Dati cause	577	563	351	434
Politiche per la salute Regionali	514	506	206	220
Politiche per la salute Nazionali	299	279	32	90
Politiche per la salute Internazionali	358	375	63	381
Linee guida	325	467	451	362
Interventi educativi, formativi, comunicativi	828	622	338	299
Interventi legislativi e di enforcement	557	392		
Interventi ambientali e infrastrutturali	711	426		
Buone pratiche	919	576	238	425
Metodi e strumenti	623	471	203	201
Formazione ed eventi	495	209		
PPA Progetto Regionale Multicentrico Laboratorio	232	186		
PPA Progetto Regionale Multicentrico Progetto 2008-2009	240	208		
PPA Progetto Regionale Multicentrico Archivio	255	226		
Siti consigliati	538	324		
IN EVIDENZA	684	451		

**Raccontaci la tua storia di successo**

<b>TITOLO DELLA STORIA</b>	<p style="text-align: center;"><b>Progetto Fitwalking</b></p> <p style="text-align: center;">Dalla promozione dell'attività fisica al modello operativo di prescrizione dell'esercizio fisico</p>
<b>DATI GENERALI</b>	<p><b>Compilatore della griglia:</b> Giuseppe Parodi  <b>Ente di appartenenza:</b> ASL Torino1  <b>Servizio di appartenenza:</b> Medicina dello Sport  <b>Indirizzo:</b> Presidio Valletta via Farinelli 25, 10100 Torino  <b>E-mail:</b> <a href="mailto:giuseppe.parodi@aslto1.it">giuseppe.parodi@aslto1.it</a>  <b>Numero di telefono ufficio:</b> 011. 5664099-4498</p> <p><b>Compilatore della griglia:</b> Riccardo De Luca  <b>Ente di appartenenza:</b> ASL Torino1  <b>Servizio di appartenenza:</b> Diabetologia DD. 8-9-10  <b>Indirizzo:</b> Presidio Valletta via Farinelli 25, 10100 Torino  <b>E-mail:</b> <a href="mailto:delucalavoro@gmail.com">delucalavoro@gmail.com</a>  <b>Numero di telefono ufficio:</b> 011. 5664038</p>
<b>CONTESTO</b>	<p>Il <b>Progetto Fitwalking</b> nasce nel 2008 come iniziativa di promozione dell'attività fisica all'interno di un <b>progetto di promozione della salute aziendale rivolto ai dipendenti</b>. Dal 2009 si evolve con l'<b>applicazione ai pazienti di Servizi specialistici ASL per patologie esercizio-sensibili</b>. Il progetto parte dalla formazione del <b>Fitwalking Leader Aziendale (FLA)</b>, un dipendente dell'Azienda in grado di insegnare la tecnica del fitwalking, di organizzare e condurre corsi e gruppi di cammino sportivo, associando a tutto ciò le proprie capacità professionali di operatori di servizi specialistici (Diabetologia, Cardiologia, Psichiatria, Neurologia,...).</p>
<b>COSA HA FUNZIONATO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>condivisione e sostegno dell'Azienda sanitaria</b>, con un impegno ufficializzato da specifiche delibere</li> <li>■ <b>costruzione di un modello operativo di prescrizione e somministrazione dell'esercizio fisico</b>, elaborato e realizzato insieme da una struttura pubblica di Medicina dello Sport e da una struttura pubblica di Diabetologia esempio di patologia esercizio-sensibile. Il modello operativo prevede tre fasi principali:       <ul style="list-style-type: none"> <li>- selezione dei pazienti da parte del Servizio specialistico di riferimento</li> <li>- valutazione clinica e funzionale per la prescrizione</li> </ul> </li> </ul>

	<p>dell'esercizio fisico da parte del Servizio di Medicina dello Sport</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- somministrazione dell'esercizio fisico (da parte dei FLA dei Servizi specialistici)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>condivisione e sviluppo del modello</b> da parte di altre strutture specialistiche aziendali con finalità comuni</li> <li>■ <b>adesione dell'ASL Torino2 al modello</b> operativo con evoluzione in un modello sovra-zonale cittadino comune.</li> </ul>
<p><b>PERCHÉ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ perché ha permesso di condurre le <b>attività di prescrizione e somministrazione dell'esercizio fisico per le patologie croniche nel contesto delle attività sanitarie aziendali</b> riconoscendole attraverso una serie di specifiche delibere</li> <li>■ perché è stato strutturato un <b>percorso codificato e pratico, mutuabile, ripetibile, adattabile a diversi contesti specialistici</b>, ai fini dell'utilizzo dell'esercizio fisico per il trattamento delle patologie croniche esercizio-sensibili</li> <li>■ perché si è sviluppata una <b>collaborazione multi-disciplinare</b> che arricchisce l'approccio nei confronti dei pazienti con patologia esercizio-sensibile</li> <li>■ perché conferma la <b>trasferibilità del modello operativo di esercizio-terapia</b> ad ampi contesti aziendali e rappresenta un'evoluzione della collaborazione multi-disciplinare.</li> </ul>
<p><b>COSA È CAMBIATO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ si è passati da un ambito progettuale alla <b>realizzazione di un modello operativo pratico e sistematico</b></li> <li>■ sono stati ottenuti i seguenti <b>risultati</b> nelle due ASL torinesi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 114 Fitwalking Leaders formati</li> <li>- oltre 500 dipendenti aziendali avviati alla pratica del Fitwalking</li> <li>- circa 500 pazienti coinvolti</li> <li>- 24 servizi specialistici partecipanti</li> </ul> </li> <li>■ <b>alcuni Servizi specialistici hanno messo a regime il modello operativo di esercizio-terapia nel proprio percorso assistenziale</b> (ad esempio: Diabetologia distretti 8-9-10 ASL Torino1; Cardiologia Ospedale S. Giovanni Bosco; Centro Salute Mentale via Negarville ASL Torino1; Centro Salute Mentale corso Toscana ASL Torino2; Neurologia Ospedale Martini)</li> <li>■ ASL Torino1 e ASL Torino2 condividono un comune modello operativo di prescrizione e somministrazione dell'esercizio fisico</li> <li>■ <b>il Servizio Pubblico di Medicina dello Sport di Torino</b></li> </ul>

	<p><b>partecipa a un progetto nazionale</b> di prescrizione dell'esercizio fisico ("Trapianto...e adesso Sport"), in collaborazione con Coordinamento Regionale Trapianti e Centro Nazionale Trapianti, che rafforzerà la progettualità, fornirà ulteriori elementi di sviluppo e regolari confronti con altre Regioni.</p> <p><b>Le attività del Progetto Fitwalking e del modello operativo di esercizio-terapia sono state descritte e spiegate all'interno di numerosi convegni ed eventi formativi regionali e nazionali.</b> Si è riscontrato l'interesse del territorio e del sociale, con richieste di collaborazioni da parte di ASL extra-cittadine, Enti regionali o extra-regionali, Associazioni di Malati, aziende private.</p>
<p><b>IN CHE MODO LA MIA STORIA PUÒ ESSERE UTILE/CONTRIBUIRE ALLA PROGRAMMAZIONE DEL NUOVO PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ le evidenze di letteratura inerenti l'utilità dell'esercizio fisico in numerose patologie croniche non trasmissibili hanno trovato una modalità di applicazione pratica attraverso un <b>modello operativo sostenibile, replicabile</b>, fruibile dalle strutture specialistiche interessate, previ adattamenti alle proprie situazioni organizzative e assistenziali</li> <li>■ tale modello di prescrizione e somministrazione dell'esercizio fisico rappresenta un <b>esempio di interazione tra strutture aziendali per il conseguimento di un comune obiettivo</b> e può essere <b>utile per la costruzione di interventi omogenei e pratici sul territorio regionale</b>, nell'ambito della programmazione del nuovo Piano Regionale di Prevenzione.</li> </ul>

<b>Raccontaci la tua storia di successo</b>	
<b>TITOLO DELLA STORIA</b>	<b>Il Quaderno per gli Incontri di Accompagnamento alla Nascita</b> Uno strumento innovativo nel Percorso Nascita
<b>DATI GENERALI</b>	<p><b>Compilatrici della griglia:</b> Dr.ssa Maita Sartori Sabrina Ghimenti, Vittorina Trivero</p> <p><b>Ente di appartenenza:</b> ASL TORINO3</p> <p><b>Servizio di appartenenza:</b> S.S. Prevenzione Attiva/Attività consultoriali</p> <p><b>Indirizzo:</b> Via Martiri XXX Aprile, 30 - 10093 Collegno (TO)</p> <p><b>E-mail:</b> <a href="mailto:msartori@aslto3.piemonte.it">msartori@aslto3.piemonte.it</a>; <a href="mailto:sghimenti@aslto3.piemonte.it">sghimenti@aslto3.piemonte.it</a>; <a href="mailto:vtrivero@aslto3.piemonte.it">vtrivero@aslto3.piemonte.it</a></p> <p><b>Numero di telefono ufficio:</b> 011.4017889 - 011.4991339</p> <p>Per informazioni sui materiali prodotti e su come reperirli si possono contattare i suddetti recapiti.</p>
<b>CONTESTO</b>	<p><b>L'ASL Torino3 ha partecipato all'indagine dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) "Percorso Nascita: promozione della qualità di modelli operativi"</b> negli anni 2009 e 2010 (<a href="#">Rapporto ISTISAN 12/39</a>). Dall'elaborazione dei dati è emerso che <b>gli Incontri di accompagnamento alla nascita sono un importante strumento di salute pubblica ed empowerment</b> e creano le condizioni affinché la donna, e la coppia, in attesa di un bambino possano compiere scelte consapevoli e responsabili.</p> <p>Di qui nasce l'esigenza di avere a disposizione <b>strumenti innovativi per lo svolgimento degli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN)</b>.</p> <p>Per rispondere a questa richiesta si è, quindi, formato un piccolo <b>gruppo di lavoro aziendale</b> composto da ostetriche, infermiere pediatriche e personale amministrativo, sia del territorio che dell'ospedale, coordinato dalla Dr.ssa Maita Sartori con la consulenza della docente Pierina Maghella, esperta internazionale.</p>
<b>COSA HA FUNZIONATO</b>	<p>Il gruppo di lavoro aziendale ha effettuato una ricognizione del materiale utilizzato durante gli incontri di accompagnamento alla nascita. Ha quindi realizzato una <b>ricerca scientifica</b> sul materiale informativo al fine di basare su evidenze scientifiche il materiale in seguito prodotto. Il materiale (metodi e contenuti) è stato poi revisionato per costruire uno strumento,</p>

comune a tutti gli operatori, per la conduzione, l'organizzazione e la valutazione degli IAN.

E' nato così il **Quaderno per gli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (Q\_IAN)**. Il Q\_IAN è consultabile/scaricabile dall'Intranet aziendale per gli operatori dei consultori dell'ASL Torino3.

Il **Q\_IAN**, come indicato dai 10 Passi per gli incontri di accompagnamento alla nascita dell'ISS, **dedica ampio spazio a:**

- **offerta attiva**, perché è importante informare tutte le donne all'inizio della loro gravidanza degli IAN e dei servizi esistenti, facilitando il passaggio delle informazioni e la partecipazione delle donne al primo figlio, non occupate, con bassa scolarità e straniere. E' stata così uniformata tutta la modulistica (depliant, volantini e scheda d'iscrizione) e sono stati coinvolti nell'offerta attiva altri servizi dell'ASL (CUP, Centri prelievo,...), i Medici di medicina generale, le farmacie territoriali, le parrocchie
- **argomenti e metodologia "attiva"** che facilitano il coinvolgimento e la partecipazione. Gli argomenti affrontati nel Q\_IAN sono temi riconosciuti efficaci per la promozione della salute e dell'autonomia delle persone e ne rafforzano le competenze. La metodologia utilizzata si focalizza sul come gestire i contenuti insieme al gruppo. Molti studi confermano che gli esiti degli IAN migliorano utilizzando una metodologia attiva
- **valutazione**, vista come strumento di efficacia del percorso IAN, indispensabile per migliorare e promuovere la salute delle donne e dei bambini. La valutazione degli esiti del percorso nascita è effettuata fino al terzo mese di vita del bambino. Sono state elaborate schede per raccogliere il gradimento e la valutazione dell'organizzazione degli incontri e questionari per raccogliere informazioni sugli esiti di salute di mamme e bambini. Gli indicatori di esito e i risultati principali sono la prevalenza dell'allattamento esclusivo al seno e il benessere psicofisico materno.

Il **Q\_IAN** è stato **presentato e condiviso con:**

- tutti gli operatori che si occupano degli IAN
- la Direzione dell'ASL
- il Dipartimento Materno Infantile
- i Direttori di Distretto
- altre ASL Piemontesi e italiane.

Inoltre a **marzo 2014** è stato organizzato, presso una sede della Regione Piemonte, il **convegno** "*Il Percorso nascita: strumenti e strategie innovative. I risultati delle indagini dell'Istituto Superiore di Sanità, nazionali e locali.*"

	<p><i>Presentazione del Quaderno per gli Incontri di Accompagnamento alla Nascita” in cui sono stati presentati ai partecipanti i dati dell'indagine dell'ISS e il Q_IAN. Hanno partecipato 250 persone, operatori e mamme provenienti da tutta Italia. Vista la grande richiesta, ai partecipanti al convegno è stata data la possibilità di scaricare il Q_IAN dal sito ECM Piemonte fino al 31/12/2014.</i></p>
<p><b>PERCHÉ</b></p>	<p><b>Il gruppo di lavoro s’incontra periodicamente per aggiornare, migliorare e implementare il materiale presente nel Q_IAN</b> attraverso momenti di confronto che arricchiscono la professionalità degli operatori dei diversi servizi. Si è creata una <b>rete aziendale tra servizi consultoriali e ospedalieri</b> al fine di accogliere tutte le domande d’iscrizione agli IAN.</p>
<p><b>COSA È CAMBIATO</b></p>	<p>Tutti gli <b>operatori coinvolti utilizzano lo stesso materiale</b> per la conduzione e l'organizzazione degli IAN, <b>una metodologia comune e uno stesso “linguaggio”</b>.</p> <p>La <b>valutazione</b>, che ci <b>ha permesso di verificare periodicamente gli indicatori di esito, risultato e processo</b>. L'ASL Torino3 ha riconosciuto l'importanza della valutazione, infatti per gli anni 2013-2014 ha assegnato, alle Attività Consultoriali, come obiettivo specifico aziendale, la presentazione della valutazione secondo quanto indicato nella revisione aziendale del 95% degli IAN effettuati nel secondo semestre dell'anno. Obiettivo che è stato pienamente raggiunto.</p> <p>Le informazioni e i dati raccolti con le singole schede sono riportati dalle ostetriche sulle specifiche griglie di sintesi. Con queste griglie si sono poi costruite le griglie di ogni singolo distretto e infine le griglie dell'ASL. Questa modalità ha permesso di avere la valutazione degli IAN di tutta l'Azienda.</p> <p>Il lavoro sul Q_IAN ha favorito anche l'integrazione territorio-ospedale.</p> <p>Il cambiamento prodotto negli operatori ha fatto sì che <b>la stessa modalità di lavoro</b> sia stata <b>poi utilizzata</b>, attraverso una “contaminazione”, <b>in altri gruppi</b> di lavoro (corsi di massaggio infantile, attività di sostegno all'allattamento al seno e di puericultura).</p> <p>Sono state, infatti, elaborate griglie di valutazione anche per queste altre attività, per valutarne il gradimento da parte degli utenti, e sono stati redatti protocolli comuni condivisi su offerta attiva, liste d'attesa, modalità d'iscrizione. Il materiale del Q_IAN è stato inserito in una cartella condivisa delle attività consultoriali ed è consultabile da tutti gli operatori e da tutte le sedi dei consultori.</p>

	<p>Infine, le <b>donne</b> possono attraverso la compilazione delle schede di gradimento parto e puerperio, e a 3 mesi di vita del bambino, esprimere un giudizio, e sentirsi <b>parte attiva per migliorare i servizi e l'assistenza rivolta a loro stesse e ai loro bambini.</b></p>
<p><b>IN CHE MODO LA MIA STORIA PUÒ ESSERE UTILE/CONTRIBUIRE ALLA PROGRAMMAZIONE DEL NUOVO PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE</b></p>	<p>Il <b>Q_IAN</b> è sicuramente un investimento per la Promozione della salute nel periodo perinatale, per la <b>provata efficacia nel produrre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>salute per la donna, i bambini e le famiglie</b> (aumento di allattamento al seno, riduzione di disagio puerperale, riduzione del fumo di sigaretta, riduzione rischio della sindrome della morte improvvisa infantile - SIDS -)</li> <li>■ <b>equità dell'offerta con target privilegiato</b> (primigravide di livello socio-economico disagiato).</li> </ul>

## Raccontaci la tua storia di successo

<b>TITOLO DELLA STORIA</b>	<p align="center"><b>Insieme per il respiro a Volvera</b> Un intervento di sanità d'iniziativa per i soggetti affetti da BPCO</p>
<b>DATI GENERALI</b>	<p><b>Compilatore della griglia:</b> Laura Buttera  <b>Ente di appartenenza:</b> ASL TORINO3  <b>Servizio di appartenenza:</b> Direzione Integrata della Prevenzione - Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo  <b>Indirizzo:</b> Via Bignone 15, 10064 Pinerolo (TO)  <b>E-mail:</b> <a href="mailto:lbuttera@aslto3.piemonte.it">lbuttera@aslto3.piemonte.it</a>  <b>Numero di telefono:</b> 331.5764440</p>
<b>CONTESTO</b>	<p>La broncopneumopatia cronica ostruttiva (<b>BPCO</b>) è una <b>delle patologie croniche più rilevanti nel mondo occidentale</b>. Purtroppo però, ancora oggi, molti pazienti ricevono una prima diagnosi di malattia in occasione dell'accesso in pronto soccorso per il peggioramento di una BPCO già in avanzato stadio di gravità.</p> <p><b>Questo intervento di sanità d'iniziativa vuole proprio intercettare il bisogno di salute anticipando</b>, per quanto possibile, <b>l'insorgere della malattia</b>, o comunque puntando a <b>intervenire prima che essa si manifesti o si aggravi</b>, potendo così rallentarne il decorso e garantendo al paziente interventi adeguati e personalizzati in rapporto al livello di rischio.</p> <p>Sono <b>coinvolti nel progetto (Allegato 1):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RANZANI Sabrina - infermiera del Dipartimento Prevenzione ASL Torino3, master Infermieristica di Famiglia e Comunità - ha predisposto e attuato il progetto</li> <li>- BUTTERA Laura: coordinatore Servizio Infermieristico Tecnico e Riabilitativo ASL Torino3 - ha supervisionato il progetto</li> <li>- TUDISCO Alfonso, CANDELLONE Marco, BOGNIER Franco, BESSO Patrizia, PUCCIO Anna - medici di Medicina Generale (MMG) dello Studio Associato "Cascina Bossatis" comune di Volvera - hanno collaborato alla realizzazione del progetto.</li> </ul>
<b>COSA HA FUNZIONATO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>un operatore a tempo pieno</b> dedicato al progetto</li> <li>■ <b>il lavoro di gruppo multidisciplinare</b></li> <li>■ <b>l'altissima adesione</b> dei convocati (aderenti 100 su 117)</li> </ul>

	<p>convocati)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ l'opportunità di effettuare la <b>spirometria basale</b> direttamente nell'ambulatorio dei MMG senza alcun costo</li> <li>■ il <b>counselling sia individuale che di gruppo</b> (stili di vita e fattori di rischio, fattori favorevoli al benessere,...).</li> </ul>
<p><b>PERCHÉ</b></p>	<p>L'infermiere dedicato, la disponibilità dei medici curanti di aderire al progetto, la piena condivisione degli obiettivi e dei metodi ha reso possibile sperimentare con ottimi risultati questa <b>nuova modalità di presa in carico degli assistiti</b>, rendendoli consapevoli e collaborativi. Il metodo con chiamata diretta (telefonica e per lettera) dei cittadini individuati dall'analisi del database dei medici curanti, ha determinato l'adesione sopra indicata. <b>I pazienti si sono sentiti coinvolti e responsabilizzati</b> in quanto è stata aumentata la loro competenza nella gestione del proprio stato di salute (attività fisica adattata, riabilitazione respiratoria,...), nell'individuazione precoce di possibile aggravamento e nella corretta gestione di farmaci e presidi.</p>
<p><b>COSA È CAMBIATO</b></p>	<p><b>E' cambiata la presa in carico dei pazienti del comune di Volvera affetti da BPCO.</b></p> <p>Per ogni paziente si sono, infatti, effettuate, su chiamata diretta:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. visita, anamnesi medica e infermieristica (<b>Allegato 2.</b>)</li> <li>2. esecuzione spirometria</li> <li>3. stadiazione della gravità della BPCO come da linee guida GOLD Standard Internazionali di riferimento</li> <li>4. pianificazione dei follow up successivi secondo la severità presentata (<b>Allegato 3.</b>).</li> </ol> <p>Tutte queste azioni mirano a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>migliorare l'appropriatezza prescrittiva di farmaci ed esami</b></li> <li>■ <b>verificare il corretto utilizzo dell'ossigeno-terapia</b> qualora prescritta</li> <li>■ <b>aumentare la compliance dei pazienti</b></li> <li>■ <b>diminuire i costi</b> (ad esempio riduzione degli accessi impropri al DEA con la prevenzione o la gestione a domicilio delle riacutizzazioni precocemente individuate, riduzione delle visite specialistiche).</li> </ul>
<p><b>IN CHE MODO LA MIA STORIA PUÒ ESSERE UTILE/CONTRIBUIRE ALLA PROGRAMMAZIONE DEL NUOVO PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE</b></p>	<p><b><i>Insieme per il respiro a Volvera</i> è un modello replicabile e a basso costo di presa in carico di malati cronici e di prevenzione delle complicanze e riacutizzazioni, reso attuabile da una fattiva collaborazione multiprofessionale.</b> Esso inoltre risulta perfettamente aderente al macro obiettivo 2.1 “Ridurre il carico prevedibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili” del PNP 2014-2018.</p>

## Allegato 1. ATTIVITÀ PROGETTO - INDICATORI

### ATTIVITÀ PER FASI

#### Fase 1. ACQUISIZIONE DEI DATI

Realizzata in collaborazione con Medici di Medicina Generale (MMG) dello Studio Medico Associato Cascina Bossatis grazie all'accesso ai dati contenuti nel loro sistema informatico e all'integrazione degli stessi con i dati contenuti nel Sistema Informativo aziendale, esenzioni per patologia, SDO, prescrizioni O2 terapia domiciliare, elenco p.ti fragili, p.ti portatori di Cpap.

PROCEDURE	Professioni: ruoli	Sede della prestazione	Tempistica	Indicatori
Aggiornamento dati da sistema informatico In dotazione MMG Integrazione dati dei 5 MMG: inserimento dati riferiti ricoveri, riacutizzazioni, ricoveri per riabilitazione	Infermiere MMG	Ambulatorio MMG Ambulatorio Sub Distretto Volvera	1 mese dall'inizio della fase di estensione	Messa a disposizione elenco provvisorio
Estrazione dall'elenco soggetti con BPCO già noti da sistema Informativo In dotazione MMG	Infermiere MMG	Ambulatorio MMG Ambulatorio Sub Distretto Volvera	1 mese dall'inizio della fase di estensione	Messa a disposizione elenco provvisorio
Estrazione dell'elenco soggetti in O2 terapia Soggetti residenti a Volvera	Infermiere	Ambulatorio Sub Distretto Voliera Serv. Farm. Terr.	15 gg. dall'inizio della fase di estensione	Messa a disposizione elenco provvisorio
Estrazione dell'elenco soggetti SDO con codice dimissione BPCO	Infermiere	Ambulatorio Sub Distretto Volvera Dir. San. ASL	1 mese dall'inizio della fase di estensione	Messa a disposizione elenco provvisorio
Estrazione dall'elenco soggetti fragili	Infermiere	Ambulatorio Sub Distretto Volvera CIDIS + ASL	1 mese dall'inizio della fase di estensione	Messa a disposizione elenco provvisorio
Estrazione dell'elenco soggetti portatori CPAP	Infermiere	Ambulatorio Sub Distretto Volvera Ufficio Protesica	1 mese dall'inizio della fase di estensione	Messa a disposizione elenco provvisorio

## Fase 2. IDENTIFICAZIONE DEI SOGGETTI

In tale fase verranno individuati i soggetti potenzialmente affetti da BPCO, verrà realizzato un primo elenco provvisorio degli stessi.

PROCEDURE	Professioni: ruoli	Sede della prestazione	Tempistica	Indicatori
Verifica e integrazione/incrocio dati	Infermiere MMG	Ambulatorio Sub Distretto Volvera Ambulatorio MMG	Entro 10 gg.dal termine della classificazione	Lista unica soggetti eleggibili
Realizzazione Elenco Soggetti con sospetta BPCO potenzialmente reclutabili	Infermiere	Ambulatorio Sub Distretto Volvera	Entro 1sett.dalla verifica dati	Messa a disposiz. Elenco sogg. Sospetta BPCO

## Fase 3. ADESIONE DEI SOGGETTI

I soggetti individuati nella precedente fase verranno invitati ad aderire al progetto tramite una lettera informativa nella quale verranno esposte le finalità, le fasi, i tempi, e le modalità di adesione. Successivamente verranno contattati telefonicamente per programmare un incontro, in cui è prevista l'acquisizione del consenso informato e dei dati utili per poter definire le necessità del soggetto, confermare la sua classe di appartenenza scala GOLD e redigere il piano diagnostico terapeutico specifico, presso l'ambulatorio del MMG.

PROCEDURE	Professioni: ruoli	Sede della prestazione	Tempistica	Indicatori
Predisposizione e invio lettera informativa ai soggetti selezionati	Infermiere MMG sindaco	Ambulatorio Sub Distretto Volvera	20 gg da messa a disposizione elenco	Invio informativa Al 100% dei soggetti in elenco
Predisposizione e attuazione incontro divulgativo a piccoli gruppi	Infermiere MMG	Ambulatorio Sub distretto Volvera Domicilio	30 gg. Dall'invio delle lettere	partecipazione del 30% dei soggetti in elenco
Invito per contatto telefonico e predisposizione agenda appuntamenti	Infermiere	Ambulatorio Sub Distretto Volvera	10 gg. Dpo incontro divulgativo	Contatto del 100% dei soggetti in elenco
Acquisizione del consenso informato	Infermiere	Ambulatorio MMG Domicilio	Entro 3 mesi dalla ricezione telefonata	100% dei soggetti che hanno aderito
Visita iniziale di inquadramento (Peso,cv,PA,Spirometria, BMI)	Infermiere MMG	Ambulatorio MMG Domicilio	All'adesione del soggetto	100% dei soggetti che hanno aderito
Assegnazione classe BPCO di appartenenza	Infermiere	Ambulatorio MMG Domicilio	All'adesione del soggetto	100% dei soggetti che hanno aderito
Definizione del piano diagnostico terapeutico individualizzato secondo schema linee guida GOLD	MMG	Ambulatorio MMG Domicilio	All'adesione del soggetto	100% dei soggetti che hanno aderito

#### Fase 4: CLASSIFICAZIONE DEI SOGGETTI

In tale fase verranno individuati i soggetti affetti da BPCO, e verrà realizzato un elenco definitivo dei soggetti aderenti al progetto secondo la classificazione di gravità delle linee guida internazionali GOLD (Global Initiative for chronic Obstructive Lung Disease).

PROCEDURE	Professioni: ruoli	Sede della prestazione	Tempistica	Indicatori
Identificazione: Soggetti BPCO lieve (stadio I); Fev1/CVF <70%; Fev1/CVF >80% del teorico; con o senza sintomi cronici (tosse, espettorato)	Infermiere	Ambulatorio Sub Distretto Volvera	Al termine della visita	
Identificazione: Soggetti BPCO moderata o grave (stadio II e III); Fev1/CVF <70%-30%; 30%=<FEV1<80% del teorico; con o senza sintomi cronici (tosse, espettorato)	Infermiere	Ambulatorio Sub Distretto Volvera	Al termine della visita	
Identificazione: Soggetti BPCO molto grave (stadio IV); FEV1/CVF<70%; FEV1<30% del teorico; con o senza sintomi cronici (tosse,espettorato)	Infermiere	Ambulatorio Sub Distretto Volvera	Al termine della visita	
Realizzazione elenco definitivo dei soggetti aderenti al progetto suddivisi per classi GOLD	Infermiere	Ambulatorio Sub Distretto Volvera	Dopo la "prima visita" di tutti i soggetti aderenti al progetto	100% dei soggetti sottoposti a prima visita che consegnano consenso informato

#### Fase 5. COUNSELING DEI SOGGETTI

Saranno previsti dei momenti di counseling individuale (sin dalla prima visita) ma anche degli incontri rivolti a classi di persone omogenee per patologia. Le finalità perseguite attraverso le abilità e le attività di counseling saranno: 1) educazione a idonei stili di vita che possano prevenire nei soggetti a rischio la comparsa di sintomi e, nei soggetti con BPCO conclamata, la progressione della patologia (riacutizzazione, complicanze, disabilità), 2) empowerment del soggetto, 3) acquisizione di sicurezza e autonomia nella gestione degli aspetti pratici, sociali, psico-emozionali connessi alla propria condizione .

PROCEDURE	Professioni: ruoli	Sede della prestazione	Tempistica	Indicatori
Primo counseling individuale (stili di vita)	Infermiere MMG	Ambulatorio MMG Domicilio	Al momento dell'adesione	100% dei soggetti che aderiscono
Counseling individuale (concordare successivi incontri al termine di ogni incontro)	Infermiere	Ambulatorio Sub Distretto Volvera Ambulatorio MMG Domicilio	A cadenze ravvicinate secondo esigenze personali e poi ogni 3-6-12 mesi	> 60% dei soggetti che aderiscono
Invito al Counseling di gruppo	Infermiere	Ambulatorio Sub Distretto Volvera	1 mese prima dell'incontro e una settimana prima riconferma	contatto > 70% degli aderenti al progetto
Counseling di gruppo	Infermiere	Ambulatorio Sub Distretto Volvera	3 incontri (1 ogni 2 mesi circa) dall'adesione 1 incontro a 12 mesi	> 30% di soggetti contattati

## Fase 6. FOLLOW UP DEI SOGGETTI

Garantisce la personalizzazione degli interventi rivolti ai soggetti coinvolti, attraverso un percorso standardizzato che prevede controlli a cadenza prefissata. Potranno, se ritenuto necessario, sulla base delle condizioni cliniche del soggetto coinvolto, essere introdotte dal Medico o dall'Infermiere eventuali correzioni in itinere.

PROCEDURE	Professioni: ruoli	Sede della prestazione	Tempistica	Indicatori
Controllo secondo schema linee guida	MMG	Ambulatorio MMG Domicilio	3-6-12mesi	> 70 % aderenti Dati a 12 mesi
% soggetti vaccinati per influenza e pneumococco	MMG	Ambulatorio MMG Domicilio	Quando opportuno	> 70 % aderenti Dati a 12 mesi
% soggetti a cui viene effettuata spirometria basale	Infermiere	Ambulatorio MMG Domicilio	all'adesione 6-12 mesi	100% dei soggetti all'adesione > 70 % aderenti A 6-12 mesi
Verifica peso,cv,pao,BMI	Infermiere	Ambulatorio MMG Domicilio	3-6-12mesi	> 70 % aderenti
Compilazione scheda utilizzo O2 terapia	Infermiere	Ambulatorio Sub Distretto Volvera Domicilio	all'adesione 6-12 mesi	> 70 % aderenti che fanno uso di O2 terapia
%di soddisfazione dei soggetti a cui è somministrato questionario/numero questionari somministrati	Infermiere	Ambulatorio Sub Distretto Volvera Domicilio	Consegna A 9 mesi	> 90 % aderenti Dati a 12 mesi

## Fase 7: FOLLOW UP SOGGETTI NON STABILIZZATI

Per i soggetti non stabilizzati, o in fase molto avanzata di malattia vengono attivate tutte le risorse territoriali di presa in carico a domicilio (ADP ADI). Il MMG e l'infermiere prevederanno verifiche estemporanee a domicilio per le rilevazioni specifiche del caso e per fungere qualora necessario da tramite con eventuali specialisti per consulenze o interventi immediati o programmati (tentando di costruire una solida ed efficace continuità assistenziale).

PROCEDURE	Professioni: ruoli	Sede della prestazione	Tempistica	Indicatori
Identificazione dei soggetti instabili o a rischio: significativo incremento della gravità dei sintomi (es. improvvisa insorgenza dispnea a riposo)	MMG Infermiere	Ambulatorio MMG Ambulatorio Sub distretto Volvera Domicilio	al bisogno	Rilevamento della riacutizzazione con visita >60% dei soggetti in carico
Alterazioni neuro-psichiche (sonnolenza, agitazione perdita di coscienza); FR >35 atti/min; FC >110 battiti/min				
Insorgenza di nuovi segni fisici (cianosi, edemi periferici) non suscettibili di trattamento a domicilio. Importanti patologie associate (polmonite...) non suscettibili di trattamento				

Comparsa o peggioramento di segni di cuore polmonare. Ipossiemia: PaO2 <60 con PaCO2 >45, PaO2 ridotto del 20% rispetto al valore conosciuto, Ph <7,35				
Compilazione scheda Riaccutizzazioni	MMG Infermiere	Ambulatorio MMG Ambulatorio Sub distretto Volvera Domicilio	al bisogno	90% soggetti che hanno aderito in fase di aggravamento/riaccutizzazione

## ATTIVITÀ SPECIFICHE DEI COMPONENTI GRUPPO DI LAVORO

### MMG

Professioni: ruolo MMG	
Attività e tempistica	Note
autorizza affinché possa essere garantito utilizzo del software in cui sono inseriti dati riferiti agli assistiti	30 gg. prima della fase di estensione
collabora con Infermiere nella verifica, integrazione e incrocio dati rispetto ai soggetti selezionati	
predisposizione e partecipazione all'incontro divulgativo del progetto ai piccoli gruppi (anche a domicilio)	
collabora alla predisposizione lettera informativa da inoltrare ai soggetti interessati	
fornisce disponibilità relativamente alle visite programmate, nel rispetto delle tempistiche previste dal progetto, al fine di poter predisporre agenda appuntamenti	all'invio della lettera
effettua prima visita nei tempi programmati in collaborazione con infermiera	entro 3 mesi dall'invio della lettera
diagnostica BPCO sulla base dei dati rilevati e redige piano Diagnostico-terapeutico secondo schema linee guida	prima visita
concorda con il soggetto interessato e l'infermiera le visite da programmare a 3-6-12 mesi	prima visita
rinforza adesione a corretti stili di vita in occasione delle visite controllo	tutti gli incontri
contatta infermiere di riferimento, qualora si manifestino riaccutizzazioni/aggravamenti, per poter effettuare visita congiunta	al bisogno
programma vaccinazioni antinfluenzali e antipneumococcica	al bisogno, secondo linee guida
rivaluta con gruppo di lavoro il progetto ed eventuali modifiche o nuove attività da ritenersi opportune	a 6 mesi

## INFERMIERE

Professioni: ruolo INFERMIERE	Note
<b>Attività e tempistica</b>	
estrazione dagli elenchi forniti di tutti i dati utili alla realizzazione del progetto	quando disponibili elenchi 30 gg. prima della fase di estensione
collabora con MMG nella verifica, integrazione e incrocio dati rispetto ai soggetti selezionati	
predispone lettera informativa da inoltrare ai soggetti selezionati	
predisposizione e partecipazione all'incontro divulgativo del progetto ai piccoli gruppi (anche a domicilio)	
realizza Elenco dei soggetti potenzialmente affetti BPCO	
predispone agenda appuntamenti (ambulatoriali o a domiciliari) previa verifica disponibilità MMG	
contatta telefonicamente soggetti selezionati per concordare visita che verrà effettuata in concomitanza del MMG	
prepara schede rilevamento dati specifica per classi	
effettua prima visita nei tempi programmati in collaborazione con MMG, e durante la quale: - acquisisce consenso informato, - effettua spirometria, - rileva tutti i dati richiesti nelle relative schede previste per classe, - verificherà nuovamente e definitivamente classe di appartenenza assegnata con MMG, - effettua primo counselling e rinforza adesione a corretti stili di vita, - concorda con il soggetto interessato e il MMG le visite da programmare a 3-6-12 mesi come da protocollo, - propone e presenta attività, ai soggetti selezionati, di counselling di gruppo proponendo date previste per gli incontri	
redige elenco definitivo con nominativo dei soggetti aderenti al progetto suddivisi per classi GOLD	
contatta telefonicamente soggetti selezionati per concordare incontri di gruppo (ad ogni incontro, nella settimana precedente all'incontro previsto, verranno ricontattati per conferma i soggetti partecipanti)	
organizza e partecipa ad attività da svolgersi negli incontri di gruppo (in considerazione anche delle specifiche esigenze espresse dai partecipanti)	
gestisce agenda appuntamenti visite a 3-6-12 mesi	
collabora con MMG alle visite previste successive durante le quali rileverà nuovamente dati utili, eventuale spirometria, e con MMG rinforzerà adesione a corretti stili di vita	
predispone schede relative all'utilizzo O2 terapia	
compila schede relative all'utilizzo O2 terapia negli incontri specifici previsti da protocollo	
vaccinazioni con MMG	
effettua visita congiunte in ambulatorio o a domicilio con MMG qualora si manifestino riacutizzazioni/aggravamenti dei soggetti in carico	
rivaluta con gruppo di lavoro il progetto ed eventuali modifiche o nuove attività da ritenersi opportune (passeggiate o altre attività)	a 6 mesi

predisposizione questionario di gradimento	a 10 mesi
somministrazione del questionario in occasione della visita prevista	a 12 mesi
verifica dei dati raccolti	a 12 mesi
stesura relazione conclusiva relativa a questa fase del progetto	
predisposizione agenda del respiro	

## GRUPPO DI LAVORO

GRUPPO DI LAVORO	Note
<b>Attività e tempistica</b>	
presentazione del progetto	
condivisione e accettazione di quanto proposto da parte degli operatori che si rendono disponibili ad aderire all'attuazione del progetto	
a 6 mesi rivaluta con gruppo di lavoro il progetto ed eventuali modifiche o nuove attività da ritenersi opportune (passeggiate o altre attività)	
contributo dei partecipanti al progetto, nella stesura della relazione conclusiva di questa prima parte del progetto	
valutazione sulla base dei dati raccolti di:	
- obiettivi di percorso e indicatori raggiunti	
- criticità	
- migliorie	
- con quali attività opportuno dare continuità a quanto acquisito e alla relazione instaurata con gli assistiti	
stesura lettera conclusiva e propositiva da inviare agli assistiti che hanno partecipato al progetto	
restituzione agenda del respiro	

## INDICATORI

### INDICATORI DI PROCESSO

Indicatore di processo	Fonte	T/valutazione	Verifica	Risultato atteso
messa a disposizione elenco soggetti potenzialmente affetti da BPCO	MMG	2 mesi	Gruppo progetto	percentuale comparabile ai dati epid. reg.
messa a disposiz. elenco soggetti aderenti suddivisi per classe GOLD	Infermiere progetto	3 mesi	Gruppo progetto	80 % dei soggetti selezionati
% soggetti fra quelli selezionati che hanno aderito al progetto	Infermiere progetto	4-6 mesi	Gruppo progetto	70%dei soggetti
% soggetti selezionati con spirometria eseguita fra gli aderenti	Infermiere progetto	4-6 mesi	Gruppo progetto	90 % dei soggetti
% soggetti fra quelli selezionati in classe II con spirometria eseguita a 6 mesi	Infermiere progetto	12 mesi	Gruppo progetto	60% dei soggetti
% soggetti fra quelli selezionati in classe III e IV con spirometria eseguita a 6 -12 mesi	Infermiere progetto	12 mesi	Gruppo progetto	60% dei soggetti
% soggetti fra quelli selezionati vaccinati per influenza e pneumococco	Infermiere progetto	12 mesi	Gruppo progetto	70%dei soggetti
Messa a disposiz. Elenco soggetti che fanno uso di O2 terapia fra i selez.	Infermiere progetto	12 mesi	Gruppo progetto	30% dei soggetti
% soggetti fra quelli selezionati che hanno partecipato counseling di gruppo	Infermiere progetto	12 mesi	Gruppo progetto	
% soggetti fra quelli selezionati in O2 terapia che non utilizza correttamente/ totale soggetti in O2 terapia	Infermiere progetto	A tempo 0	Gruppo progetto	rilevazione dato

### INDICATORI DI ESITO

Indicatore di esito	Fonte	T/valutazione	Verifica	Risultato
% di soddisfazione dei soggetti selezionati a cui è stato somm.to questionario/numero questionari somministrati	Infermiere progetto	12 mesi	Gruppo Progetto	>60% si dichiara soddisfatto
Tasso di ricovero dei soggetti selezionati presenti in elenco classi GOLD/tasso di ricovero riconducibile a BPCO restanti residenti ASLTO3	Infermiere progetto	12 mesi	Gruppo Progetto	riduzione del 10% di ricoveri per BPCO o riacutizzazioni nel comune di Volvera
% soggetti fra quelli selezionati in O2 terapia che non utilizza correttamente/ totale soggetti in O2 terapia	Infermiere progetto	12 mesi	Gruppo Progetto	diminuz. di almeno Il 50% sogg. che utiliz. impropriamente O2 ter
% di soggetti che hanno aderito alle norme per un corretto utilizzo dell'O2 terapia a 12 mesi/a tempo 0	Infermiere progetto	A tempo 0	Gruppo Progetto	> 50 % corretto utilizzo

### INDICATORI ASSISTENZIALI

- Riduzione ricoveri riconducibili a BPCO o riacutizzazioni o IR
- Riduzione accessi PS/DEA
- Riduzione riacutizzazioni che hanno richiesto visita MMG
- Ottimizzazione terapia consumo di ossigeno
- Miglioramento della qualità di vita e soddisfazione del malato

## Allegato 2. SCHEDA PRIMA VISITA

Insieme per il respiro a Volvera

Studio medico associato " Cascina Bossatis"

BPCO STADIO \_\_\_\_\_ precedente DIAGNOSI di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Centro di Cura \_\_\_\_\_

Data Prima visita \_\_\_\_\_ Dott. \_\_\_\_\_  
Infermiere \_\_\_\_\_

Sig./ra (Cognome e nome) _____	
nato il _____	Età _____ Residente a Volvera
in via _____ n° _____	Tel. _____
fisso _____	orario _____
Mail _____	Tel. _____
cell. _____	orario _____

Peso _____ Altezza _____ BMI _____ c.v. _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><b>Spirometria</b></td> <td>FEV1 L. _____</td> <td>FVC L. _____</td> </tr> <tr> <td>Saturazione _____</td> <td>F.C. _____</td> <td>FEV1/FVCx100= FEV1% _____</td> </tr> <tr> <td>Punteggio CAT _____</td> <td colspan="2">Punteggio MRC _____</td> </tr> <tr> <td>Vaccinazione antinfluenzale</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>Vaccinazione antipneumococcica</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">Effettuerà il _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">Effettuerà il _____</td> </tr> </table>	<b>Spirometria</b>	FEV1 L. _____	FVC L. _____	Saturazione _____	F.C. _____	FEV1/FVCx100= FEV1% _____	Punteggio CAT _____	Punteggio MRC _____		Vaccinazione antinfluenzale	SI	NO	Vaccinazione antipneumococcica	SI	NO		Effettuerà il _____			Effettuerà il _____	
<b>Spirometria</b>	FEV1 L. _____	FVC L. _____																				
Saturazione _____	F.C. _____	FEV1/FVCx100= FEV1% _____																				
Punteggio CAT _____	Punteggio MRC _____																					
Vaccinazione antinfluenzale	SI	NO																				
Vaccinazione antipneumococcica	SI	NO																				
	Effettuerà il _____																					
	Effettuerà il _____																					

Titolo di studio nessuno (0)\_\_\_ Lic.elementare (1)\_\_\_ Lic.media(2)\_\_\_ Diploma(3)\_\_\_ Laurea(4)\_\_\_

Attività Lavorativa (se pensionato indicare anche lavoro svolto precedentemente) Operaio (1)\_\_\_  
 Impiegato(2)\_\_\_ Dirigente(3)\_\_\_ Commerciante(4)\_\_\_ Imprenditore(5)\_\_\_ Studente(6)\_\_\_  
 Casalinga(7)\_\_\_ Pensionato \_\_\_  
 Disoccupato(8)\_\_\_ Libero prof.(9)\_\_\_ Invalido(11)% \_\_\_\_\_

Attività fisica, quale? \_\_\_\_\_ per quanti gg. a sett.? \_\_\_\_\_ quante ore al giorno? \_\_\_\_\_

E' presente familiarità per BPCO? \_\_\_SI(S) NO(N) per ASMA \_\_\_SI(S) NO(N)

Con chi vive?	Con il supporto di badante	Altro _____
Da solo	Con i figli	_____
Con il coniuge	amici	_____
Con la famiglia	n. figli _____	_____
Con la badante	Famiglia	_____
	di cui conviventi _____	_____
	Sostegno Ass.	_____
	Domicil:	_____

Comorbilità'	
Ipertensione	_____
Diabete mellito	_____
Scompenso cardiaco	_____
Fibrillazione atriale	_____
Altra cardiopatia	_____

Patologia neurologica	_____
Patologia psichiatrica	_____
Bronchiectasie	_____
Arteriopatia arti inf.	_____
Tumore al polmone	_____

Numero ricoveri/ visite in DEA/guardia medica nell'ultimo anno nessuno(0)\_\_\_ uno(1)\_\_\_due(2)\_\_\_+ di due(3)\_\_\_

Numero infez. Polmonari con utilizzo Antibioticoterapia (ultimo anno) nessuna(0)\_\_\_ una(1)\_\_\_due(2)\_\_\_+ di due(3)\_\_\_

**Fattori di rischio**

Ipercolesterolemia		
Fumo sigar./die		da _____
Ex fumo (per anni_)		smesso da _____
Fumo passivo		ore /die _____

Obesità		
Sovrappeso		
Sedentarietà		

Esposizione lavorativa a: vapori irritanti	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

polveri		
fumi		

Esenzione ticket  
O2Terapia

Cod. \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_

**Fattori che sostengono il suo benessere**

Buona volontà e impegno		E' attento al suo peso e alla sua alimentazione		autonomo
Attività fisica costante		Non beve alcolici (oltre 1 bicc.di vino ai pasti)		
Non fuma		Controlla la pressione arteriosa		
Ha smesso di fumare		ogni quanto? Come? Dal medico		

## Allegato 3. SCHEDE VISITE PER GRAVITÀ E OZONO TERAPIA

### Stadio 1 (lieve)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ (1a visita)

Altri esami di cui è provvisto: RX Torace del \_\_\_\_\_  
Es. Ematochimici Glicemia \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Colesterolo LDL \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Colesterolo HDL \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Trigliceridi \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Altri valori di \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Farmaci assunti \_\_\_\_\_

**2° incontro** a circa 6 mesi dalla prima visita Data \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Fumo \_\_\_\_\_ sigar./die  
Altezza \_\_\_\_\_  
BMI \_\_\_\_\_  
c.v. \_\_\_\_\_

Altre visite effettuate in questi 6 mesi trascorsi \_\_\_\_\_

Farmaci assunti \_\_\_\_\_

Episodi di rilevante importanza da segnalare \_\_\_\_\_

**3° incontro** a circa 12 mesi dalla prima visita Data \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Fumo \_\_\_\_\_ sigar./die  
Altezza \_\_\_\_\_  
BMI \_\_\_\_\_ Spirometria FEV1 L. \_\_\_\_\_ FVC L. \_\_\_\_\_  
c.v. \_\_\_\_\_ FEV1/FVCx100= **FEV1%** \_\_\_\_\_

Altre visite effettuate in questi 6 mesi trascorsi \_\_\_\_\_

Farmaci assunti \_\_\_\_\_

Episodi di rilevante importanza da segnalare \_\_\_\_\_

Partecipante agli incontri di  
Counselling di gruppo SI  
NO

Ha partecipato all' incontro del \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Consegnato questionario il \_\_\_\_\_

Ritirato questionario il \_\_\_\_\_

## Stadio 2 (moderata)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ (1a visita)

Altri esami di cui è provvisto: RX Torace del \_\_\_\_\_  
Es. Ematochimici Glicemia \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Colesterolo LDL \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Colesterolo HDL \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Trigliceridi \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Altri valori di \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Farmaci assunti \_\_\_\_\_  
Attinenza alla terapia SI NO  
Terapia Inalatoria SI NO Corretta esecuzione SI NO  
Eventuale precedente emogasanalisi del \_\_\_\_\_  
Stima della dispnea MRC \_\_\_\_\_

**2° incontro** a circa 3 mesi dalla prima visita Data \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Fumo \_\_\_\_\_ sigar./die  
Altezza \_\_\_\_\_  
BMI \_\_\_\_\_ Stima della dispnea MRC \_\_\_\_\_  
c.v. \_\_\_\_\_

Altre visite effettuate in questi 3 mesi trascorsi \_\_\_\_\_

Farmaci assunti \_\_\_\_\_

Attinenza alla terapia SI NO  
Terapia Inalatoria SI NO Corretta esecuzione SI NO  
Episodi di rilevante importanza da segnalare \_\_\_\_\_

**3° incontro** a circa 6 mesi dalla prima visita Data \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Fumo \_\_\_\_\_ sigar./die  
Altezza \_\_\_\_\_  
BMI \_\_\_\_\_ Spirometria FEV1 L. \_\_\_\_\_ FVC L. \_\_\_\_\_  
c.v. \_\_\_\_\_ FEV1/FVCx100= **FEV1%** \_\_\_\_\_

Emogasanalisi del \_\_\_\_\_ Valori PaO2 \_\_\_\_\_ PaCo2 \_\_\_\_\_

Stima della dispnea MRC \_\_\_\_\_

Altre visite effettuate in questi 6 mesi trascorsi \_\_\_\_\_

Farmaci assunti \_\_\_\_\_

Attinenza alla terapia SI NO  
Terapia Inalatoria SI NO Corretta esecuzione SI NO  
Episodi di rilevante importanza da segnalare \_\_\_\_\_

**4° incontro** a circa 12 mesi dalla prima visita Data \_\_\_\_\_

Es. Ematochimici Glicemia \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Colesterolo LDL \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Colesterolo HDL \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Trigliceridi \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Altri valori di \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Altre visite effettuate in questi 6 mesi trascorsi \_\_\_\_\_

Stima della dispnea MRC \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Fumo \_\_\_\_\_ sigar./die  
Altezza \_\_\_\_\_  
BMI \_\_\_\_\_ Spirometria FEV1. \_\_\_\_\_ FVC L. \_\_\_\_\_  
c.v. \_\_\_\_\_ FEV1/FVCx100= FEV1% \_\_\_\_\_

Emogasanalisi del \_\_\_\_\_

Stima della dispnea MRC \_\_\_\_\_

Altre visite effettuate in questi 6 mesi trascorsi \_\_\_\_\_

Farmaci assunti \_\_\_\_\_  
 Attinenza alla terapia SI NO  
 Terapia Inalatoria SI NO Corretta esecuzione SI NO  
 Episodi di rilevante importanza da segnalare \_\_\_\_\_  
 Partecipante agli incontri di Counselling di gruppo SI NO  
 Ha partecipato all' incontro del \_\_\_\_\_  
 Consegnato questionario il \_\_\_\_\_  
 Ritirato questionario il \_\_\_\_\_

### Stadio 3 (grave)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 DOM AMB Data \_\_\_\_\_ (1a visita)

Altri esami di cui è provvisto: RX Torace del \_\_\_\_\_  
 Es. Ematochimici Glicemia \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Colesterolo LDL \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
 Colesterolo HDL \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
 Trigliceridi \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
 Emocromo del \_\_\_\_\_ Valori \_\_\_\_\_  
 Emogasanalisi \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Valori PaO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ PaCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ Ph \_\_\_\_\_  
 Farmaci assunti \_\_\_\_\_  
 Attinenza alla terapia SI NO  
 Terapia Inalatoria SI NO Corretta esecuzione SI NO  
 Attività di fisioterapia respiratoria SI NO  
 Stima della dispnea MRC \_\_\_\_\_

**2° incontro** a circa 3 mesi dalla prima visita Data \_\_\_\_\_ DOM AMB  
 Peso \_\_\_\_\_ Fumo \_\_\_\_\_ sigar./die  
 Altezza \_\_\_\_\_  
 BMI \_\_\_\_\_ Emogasanalisi del \_\_\_\_\_ Valori PaO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ PaCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_  
 c.v. \_\_\_\_\_ Esame citologico prescritto SI NO  
 Stima della dispnea MRC \_\_\_\_\_

Altre visite effettuate in questi 3 mesi trascorsi \_\_\_\_\_  
 Farmaci assunti \_\_\_\_\_  
 Attinenza alla terapia SI NO  
 Terapia Inalatoria SI NO Corretta esecuzione SI NO  
 Episodi di rilevante importanza da segnalare \_\_\_\_\_

**3°Incontro** a circa 6 mesi dalla prima visita Data \_\_\_\_\_ DOM AMB  
 Peso \_\_\_\_\_ Fumo \_\_\_\_\_ sigar./die  
 Altezza \_\_\_\_\_  
 BMI \_\_\_\_\_ Spirometria FEV1 L. \_\_\_\_\_ FVC L. \_\_\_\_\_  
 c.v. \_\_\_\_\_ FEV1/FVCx100= **FEV1%** \_\_\_\_\_  
 Emogasanalisi \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Valori PaO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ PaCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ Ph \_\_\_\_\_  
 Esame Citologico \_\_\_\_\_  
 Stima della dispnea MRC \_\_\_\_\_  
 Altre visite effettuate in questi 3 mesi trascorsi \_\_\_\_\_  
 Farmaci assunti \_\_\_\_\_  
 Attinenza alla terapia SI NO  
 Terapia Inalatoria SI NO Corretta esecuzione SI NO  
 Episodi di rilevante importanza da segnalare \_\_\_\_\_



Farmaci assunti \_\_\_\_\_

Attinenza alla terapia SI NO

Terapia Inalatoria SI NO Corretta esecuzione SI NO

Episodi di rilevante importanza da segnalare \_\_\_\_\_

**3° Incontro** a circa 6 mesi dalla prima visita Data \_\_\_\_\_ DOM AMB

Peso \_\_\_\_\_ Fumo \_\_\_\_\_ sigar./die

Altezza \_\_\_\_\_

BMI \_\_\_\_\_ Spirometria FEV1 L. \_\_\_\_\_ FVC L. \_\_\_\_\_

c.v. \_\_\_\_\_ FEV1/FVCx100= **FEV1%** \_\_\_\_\_

Emogasanalisi \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Valori PaO2 \_\_\_\_\_ PaCO2 \_\_\_\_\_

Esame Citologico \_\_\_\_\_

Stima della dispnea MRC \_\_\_\_\_

Altre visite effettuate in questi 6 mesi trascorsi \_\_\_\_\_

Farmaci assunti \_\_\_\_\_

Attinenza alla terapia SI NO

Terapia Inalatoria SI NO Corretta esecuzione SI NO

Episodi di rilevante importanza da segnalare \_\_\_\_\_

**4° Incontro** a circa 12 mesi dalla prima visita Data \_\_\_\_\_ DOM AMB

Es. Ematochimici : Glicemia \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Colesterolo LDL \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Colesterolo HDL \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Trigliceridi \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Altri valori di \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Altre visite effettuate in questi 6 mesi trascorsi \_\_\_\_\_

Farmaci assunti \_\_\_\_\_

Attinenza alla terapia SI NO

Terapia Inalatoria SI NO Corretta esecuzione SI NO

Episodi di rilevante importanza da segnalare \_\_\_\_\_

Punteggio ADL \_\_\_\_\_ IADL \_\_\_\_\_ S.P.M.S.Q \_\_\_\_\_

Stima della dispnea MRC \_\_\_\_\_

Attività di fisioterapia respiratoria SI NO \_\_\_\_\_

Ventilazione meccanica Assistita Invasiva Dal \_\_\_\_\_

Non Invasiva Dal \_\_\_\_\_

Modifiche dalla prima visita \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Fumo \_\_\_\_\_ sigar./die

Altezza \_\_\_\_\_

BMI \_\_\_\_\_ Spirometria FEV1. \_\_\_\_\_ FVC

L. \_\_\_\_\_

c.v. \_\_\_\_\_ FEV1/FVCx100= **FEV1%** \_\_\_\_\_

Emogasanalisi \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Valori PaO2 \_\_\_\_\_ PaCO2 \_\_\_\_\_ Ph \_\_\_\_\_

Esame Citologico \_\_\_\_\_

Attività di fisioterapia respiratoria SI NO \_\_\_\_\_

Partecipante agli incontri di Counselling di gruppo SI NO

Ha partecipato all'incontro del \_\_\_\_\_

Consegnato questionario il \_\_\_\_\_

Ritirato questionario il \_\_\_\_\_

## Insieme per il respiro a Volvera 2013 O2 Terapia (prima visita)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

BPCO Stadio \_\_\_\_\_

centro di cura \_\_\_\_\_

O2 terapia utilizzata dal \_\_\_\_\_

Prescritta da \_\_\_\_\_

Fornitura di	Bombole	Concentratore	DOM	AMB	data _____ (prima visita)
Bomboletta portatile				O2 Liquido	
Metodo di assunzione:				Stroller	
	Sondino nasale	maschera		sondino tracheale	

O2 terapia utilizzata per \_\_\_\_\_ ore/die flusso \_\_\_\_\_ LT/Min. Ore diurne  
flusso \_\_\_\_\_ Lt./min Ore notturne  
flusso \_\_\_\_\_ Lt./min Ore Attività intensa

Ultima sostituzione bombola \_\_\_\_\_

Frequenza media di sostituzione bombola di lt. \_\_\_\_\_

Utilizza bombola portatile SI NO \_\_\_\_\_ Quando \_\_\_\_\_  
Con che frequenza \_\_\_\_\_

E' a conoscenza che l'ossigeno è un farmaco e l'ossigenoterapia è un trattamento medico SI NO

Assume ossigeno esattamente con il flusso prescritto dal medico SI NO

Se NO perché \_\_\_\_\_

Assume ossigeno per il numero di ore prescritte dal medico senza interruzioni SI NO

Se NO perché \_\_\_\_\_

Sa che è necessario contattare medico per comparsa febbre, Tosse e/ catarro (specie se giallo-verde), se aumenta l'affanno, il peso corporeo, gonfiano i piedi, se ha sensazione di cardiopalmo, tachicardia, irregolarità del ritmo, se compare cefalea, irritabilità e cambiamento dell'umore SI NO

Ha già presentato questi sintomi? Se SI quali? Quando? \_\_\_\_\_

E' stato informato che è pericoloso fumare in prossimità dell'erogatore di ossigeno? SI NO

E' stato informato che è necessario controllare che ci sia acqua nell'umidificatore per evitare incrostazioni e malfunzionamento e perché in tal modo si evitano irritazioni delle mucose? SI NO

E' stato informato che è opportuno annotare su di un agenda/calendario le date dei controlli e le date di consegna dell'ossigeno, per effettuare le richieste in tempo? SI NO

Ulteriori Criticità riferite \_\_\_\_\_

Criticità rilevate \_\_\_\_\_

Si consiglia di \_\_\_\_\_

Consegnato opuscolo informativo SI NO

## Insieme per il respiro a Volvera 2013

## O2 Terapia(12 mesi)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

DOM

AMB

data \_\_\_\_\_ (prima visita)

Fornitura di Bombole Concentratore O2 Liquido  
Bomboletta portatile Stroller

Metodo di assunzione:

sondino  
nasale

maschera

sondino  
tracheale

O2 terapia utilizzata per \_\_\_\_\_ ore/die flusso \_\_\_\_\_ LT/Min. Ore diurne  
flusso \_\_\_\_\_ Lt./min Ore notturne  
flusso \_\_\_\_\_ Lt./min Ore Attività intensa

Ultima sostituzione bombola \_\_\_\_\_

Frequenza media di sostituzione bombola di lt. \_\_\_\_\_

Utilizza bombola portatile SI NO \_\_\_\_\_ Quando \_\_\_\_\_

Con che frequenza \_\_\_\_\_

E' a conoscenza che l'ossigeno è un farmaco e l'ossigenoterapia è un trattamento medico SI NO

Assume ossigeno esattamente con il flusso prescritto dal medico SI NO

Se NO perché \_\_\_\_\_

Assume ossigeno per il numero di ore prescritte dal medico senza interruzioni SI NO

Se NO perché \_\_\_\_\_

Sa che è necessario contattare medico per comparsa febbre, Tosse e/ catarro(specie se giallo-verde), se aumenta l'affanno, il peso corporeo, gonfiano i piedi, se ha sensazione di cardiopalmo, tachicardia, irregolarità del ritmo, se compare cefalea, irritabilità e cambiamento dell'umore SI NO

Ha già presentato questi sintomi? Se SI quali? Quando? \_\_\_\_\_

E' stato informato che è pericoloso fumare in prossimità dell'erogatore di ossigeno? SI NO

E' stato informato che è necessario controllare che ci sia acqua nell'umidificatore per evitare incrostazioni e malfunzionamento e perché in tal modo si evitano irritazioni delle mucose? SI NO

E' stato informato che è opportuno annotare su di un agenda/calendario le date dei controlli e le date di consegna dell'ossigeno, per effettuare le richieste in tempo? SI NO

Ulteriori Criticità riferite \_\_\_\_\_

Criticità rilevate \_\_\_\_\_

Si consiglia di \_\_\_\_\_

Ritiene siano stati utili i suggerimenti forniti SI NO

**Raccontaci la tua storia di successo**

<b>TITOLO DELLA STORIA</b>	<b>Promozione della corretta relazione uomo-cani</b>
<b>DATI GENERALI</b>	<p> <b>Compilatore della griglia:</b> Dr. Mario Marino  <b>Ente di appartenenza:</b> ASL TORINO3  <b>Servizio di appartenenza:</b> S.C. Epidemi sorveglianza Veterinaria e Servizio Sovrazonale Veterinario (Direttore f.f. dr. Mauro Gnaccarini)  <b>Indirizzo:</b> Via Poirino 9, 10064 Pinerolo (TO)  <b>E-mail:</b> <a href="mailto:mgnaccarini@aslto3.piemonte.it">mgnaccarini@aslto3.piemonte.it</a>  <b>Numero di telefono ufficio:</b> 0121.235471 - fax 0121.235427         </p>
<b>CONTESTO</b>	<p> <b>La nostra storia nasce nell'ambito di una specifica convenzione</b> tra l'Agencia Regionale per i Servizi Sanitari (A.R.E.S.S.) e l'A.S.L. Torino3 per lo sviluppo del progetto "Iniziative di educazione sanitaria per la corretta impostazione delle relazioni uomo-animali domestici".         </p> <p>           Negli ultimi anni la visione del mondo animale da parte dell'uomo si è andata via via sensibilizzando verso un'ottica relazionale che tiene in grande considerazione il rispetto delle caratteristiche etologiche delle varie specie. Questa nuova prospettiva è particolarmente sentita nei confronti del <b>cane, animale sociale per eccellenza</b>, che, da strumento di lavoro qual era considerato fino ad alcuni lustri fa, è diventato a tutti gli effetti un compagno per molti milioni di persone che condividono con lui la vita di tutti i giorni e che traggono indubbi benefici da tale convivenza.         </p> <p>           Per meglio comprendere l'impatto e la percezione che l'argomento suscita si tenga presente che secondo una recente indagine di "Iri Information Resources" <b>in Italia vivono 60 milioni di animali domestici e i cani sono presenti nel 55,6% delle case</b>. Lo studio rileva come i proprietari attribuiscono ai loro quattro zampe <b>importanti effetti benefici</b>. Per il 94% portano gioia e buonumore, contribuiscono a mantenere unita la famiglia e alleviano le preoccupazioni (91%), fanno bene agli anziani (97%) e stimolano la capacità di socializzare nei bambini (88%). Infine, chi è genitore afferma che i figli preferiscono giocare con gli animali piuttosto che con i videogiochi (55%).         </p> <p> <b>Un nuovo approccio relazionale deve tuttavia essere accompagnato da competenza e conoscenza delle</b> </p>

	<p><b>caratteristiche comportamentali del cane</b>, dei suoi bisogni all'interno del gruppo familiare e nel rapporto con i suoi simili e con gli altri esseri umani, della necessità di fargli conoscere il mondo di oggi in tutte le variabili e gli stimoli che propone. In caso contrario il nostro compagno a quattro zampe non sarà correttamente preparato all'intensa vita di relazione che le mutate condizioni sociali impongono, con il conseguente rischio di insorgenza di incomprensioni comunicative, stati di vero e proprio malessere e, in casi estremi ma purtroppo non infrequenti, aggressività verso l'uomo e gli altri animali.</p> <p>È sulla base di tali considerazioni che la <b>Regione Piemonte</b>, capofila nel proporre una prevenzione efficace e un'attenta comunicazione al passo con le mutate condizioni sociali, <b>ha affidato al Servizio di Epidemiologia Veterinaria Sovrazonale dell'ASL Torino3</b>, allora diretto dal Dr. Vincenzo Fedele, <b>la realizzazione di un video-tutorial</b> che fornisca a proprietari di cani e futuri tali un supporto di immediato utilizzo e facile comprensione, considerata l'esperienza acquisita dalla struttura in anni di lavoro nel settore della relazione uomo-cane. È nato così un supporto multimediale strutturato in una serie di sette brevi filmati accompagnati da audio-descrizione che spaziano dal concetto di relazione, allo sviluppo comportamentale del cane, alla comunicazione, alla prevenzione delle problematiche relazionali, al benessere psicofisico del cane.</p>
<p><b>COSA HA FUNZIONATO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>gli obiettivi:</b> sono andati oltre la semplice prevenzione delle problematiche di convivenza con il “più fedele amico dell’uomo” per assurgere ad una vera e propria promozione di stili di vita salutari, possibile grazie alla responsabile, consapevole, educata ed educante detenzione di cani</li> <li>■ <b>il gruppo di lavoro:</b> è riuscito ad interpretare in modo moderno ed efficace un bisogno formativo largamente sentito dagli amanti dei cani, sempre più presenti e attivi nella nostra società</li> <li>■ <b>il metodo:</b> l'utilizzo di tecniche del <i>marketing sociale</i> nell'educazione alla salute</li> <li>■ <b>la fruibilità:</b> il <a href="#">video-tutorial</a> disponibile gratuitamente sul portale della Regione Piemonte</li> <li>■ <b>il metodo di ripresa del video</b> che ha privilegiato il “punto di vista” del cane, proponendo un ampio ventaglio di situazioni e momenti caratteristici della vita del cane in varie fasi di sviluppo e nei più disparati contesti sociali, sia con l'uomo sia con i suoi simili</li> <li>■ <b>la chiarezza espositiva:</b> la voce narrante fornisce concetti chiari ed etologicamente corretti. Ne scaturisce un prodotto piacevole e anche divertente da vedere, ma contemporaneamente molto efficace da un punto di vista</li> </ul>

	<p>dell'assimilazione concettuale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>i protagonisti:</b> i principali interpreti sono i cani. Si tratta di soggetti abituati fin da cuccioli a socializzare in modo corretto con gli umani, altri cani, animali diversi, nelle situazioni sociali più varie</li> <li>■ <b>la condivisione:</b> la presentazione ufficiale del progetto ai media è avvenuta in occasione del <b>Salone Internazionale del Libro di Torino</b>, domenica 11 maggio <b>2014</b> alla presenza di un pubblico numeroso e attento con la partecipazione del dr. Gianfranco Corgiat Loja (Direttore Responsabile del Settore Prevenzione e Veterinaria della Regione Piemonte), degli autori dei testi dr.ri Vincenzo Fedele, Mario Marino e Mauro Moretta (Servizio di Epidemiologia Veterinaria ASL Torino3), del dr. Enrico Gentina (regista, autore, conduttore ed esperto di media) e del dr. Antonio Lombardo già Direttore dell'Agenda Regionale per i Servizi Sanitari della regione Piemonte.</li> </ul>
<p><b>PERCHÉ</b></p>	<p><b>Il continuo confronto fra professionalità diverse</b>, a partire dalla progettazione fino alla realizzazione finale del video-tutorial, <b>ha consentito di valutare e condividere sia i contenuti, sia le modalità comunicative più efficaci.</b></p> <p>In particolare sono stati coinvolti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ veterinari</li> <li>■ allevatori, educatori, addestratori e semplici proprietari di cani</li> <li>■ esperti di comunicazione</li> <li>■ video operatori.</li> </ul> <p>I protagonisti a quattro zampe hanno dato vita a una incredibile varietà di comportamenti e situazioni estremamente simpatiche ed empatiche; si è così svolto un lavoro molto serio e rigoroso, con una modalità piacevole, leggera e accattivante che favorisce, più facilmente, nel processo di educazione alla salute, il coinvolgimento dei destinatari.</p>
<p><b>COSA È CAMBIATO</b></p>	<p><b>Disponibilità in rete di uno strumento didattico</b> utilizzabile da:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ veterinari delle ASL</li> <li>■ veterinari liberi professionisti</li> <li>■ educatori cinofili</li> <li>■ proprietari di cani</li> <li>■ operatori di pet-therapy</li> <li>■ associazioni di volontariato zoofilo</li> <li>■ chiunque senta il bisogno di acquisire conoscenze sull'argomento.</li> </ul>

	<p><b>per:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>le attività di educazione sanitaria nelle scuole</b> (educazione all'animale ed educazione attraverso l'animale)</li> <li>■ la realizzazione dei <b>corsi "patentino"</b> rivolti - ai sensi di legge - ai proprietari di cani e aspiranti tali</li> <li>■ la realizzazione di <b>corsi di pre-affido cani</b></li> <li>■ la <b>promozione di stili di vita salutari mediati dalla relazione con il cane</b> (integrazione sociale, attenzione alla cura, sensibilità al benessere, sviluppo empatia, dog walking,...).</li> </ul>
<p><b>IN CHE MODO LA MIA STORIA PUÒ ESSERE UTILE/CONTRIBUIRE ALLA PROGRAMMAZIONE DEL NUOVO PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE</b></p>	<p>Nella programmazione del futuro Piano regionale di prevenzione, per quanto concerne la promozione degli stili di vita, si dovrebbero prendere in considerazione e sviluppare maggiormente quei progetti che si avvalgono del <b>ruolo di "facilitatori" che i cani possono svolgere nell'acquisizione di abitudini salutari.</b></p> <p><b>A supporto di tale proposta</b> vale la pena evidenziare come recentemente (3/11/14) il Ministero della Salute abbia diramato le <b>"Linee guida per gli Interventi Assistiti con Animali"</b> che contemplano "Terapie Assistite con gli Animali" (TAA), "Educazione Assistita con gli Animali" (EAA) e "Attività Assistite con gli Animali" (AAA), mentre una <b>tesi del Master di II livello in "Pet Therapy e qualità della vita"</b> della Facoltà di Scienze dell'educazione di Torino "SSF Rebaudengo" (anno accademico 2012 - 2013 candidato dr.ssa Silvia Giraudò, relatore dr. Mario Marino) propone una nuova e ulteriore dizione "Iniziative di promozione della salute assistite con animali" (IPSSA).</p> <p>In ultimo il <b>PNP 2014 - 2018</b>, approvato dalla Conferenza Stato Regioni, al punto 2.10 <b>afferma:</b> <i>"Nel settore degli animali da affezione l'obiettivo prioritario consiste nella realizzazione della corretta relazione uomo-animale per tutelare il benessere degli animali, la salute e l'incolumità pubblica e contrastare e prevenire maltrattamenti, abbandoni e randagismo, anche implementando i percorsi formativi per i proprietari di cani e nella scuola primaria, al cittadino, agli operatori volontari e non (ASL, Comuni, polizia locale, guardie zoofile, ecc.)"</i>.</p>

**Raccontaci la tua storia di successo**

<b>TITOLO DELLA STORIA</b>	<b>La metropolitana di Torino: valutazione dell'impatto sull'incidentalità</b>
<b>DATI GENERALI</b>	<b>Compilatore della griglia:</b> Carlo Mamo <b>Ente di appartenenza:</b> ASL TORINO3 <b>Servizio di appartenenza:</b> Servizio Sovrazonale di Epidemiologia (SEPI) <b>Indirizzo:</b> Via Sabaudia 164, 10095 Grugliasco (TO) <b>E-mail:</b> <a href="mailto:carlo.mamo@epi.piemonte.it">carlo.mamo@epi.piemonte.it</a> <b>Numero di telefono ufficio:</b> 011.40188206
<b>CONTESTO</b>	<p>Tra le attività previste dal <b>Piano regionale di Prevenzione Attiva degli incidenti stradali 2005-2007</b> riproposto nel <b>Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012</b> e <b>2013-2014</b>, figura la realizzazione di un <b>sistema di sorveglianza integrato</b>.</p> <p>L'attività di sorveglianza prevede la collaborazione di un medico epidemiologo, un esperto di sistemi informativi e una statistica matematica appartenenti al Servizio Sovrazonale di Epidemiologia dell'ASL Torino3.</p>
<b>COSA HA FUNZIONATO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ si conferma come le <b>fonti e gli strumenti disponibili consentano di misurare gli effetti pre-post sull'incidentalità degli interventi infrastrutturali</b></li> <li>■ è stato rilevato <b>interesse per questo tipo di valutazione</b> anche da parte di altri enti di ricerca (ad esempio l'Istituto Superiore di Sanità - ISS -).</li> </ul>
<b>PERCHÉ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ si conferma come le infrastrutture di trasporto pubblico contribuiscano a ridurre i danni alla salute derivanti da incidentalità</li> <li>■ le competenze acquisite possono risultare utili per valutazioni di impatto ex-ante di interventi infrastrutturali in programmazione.</li> </ul>
<b>COSA È CAMBIATO</b>	<p>In base ad analisi pre-post, si è misurata una riduzione del numero di incidenti e feriti sull'asse torinese di Corso Francia significativamente superiore rispetto al resto della rete viaria cittadina (<b>Allegato</b>).</p>
<b>IN CHE MODO LA MIA STORIA PUÒ ESSERE UTILE/ CONTRIBUIRE ALLA PROGRAMMAZIONE DEL NUOVO PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE</b>	<p>Essendo stata attivata, nel frattempo, una <b>nuova tratta della metropolitana</b> (da Porta Nuova a Lingotto), si intende valutare l'impatto sulla salute di questa nuova infrastruttura, mettendo a disposizione i risultati per gli scopi di programmazione regionale e cittadina.</p>

**Allegato. VALUTAZIONE DELLA VARIAZIONE DEL NUMERO DI INCIDENTI E FERITI  
SULL'ASSE DI CORSO FRANCIA PRIMA E DOPO L'ATTIVAZIONE DELLA LINEA METROPOLITANA**

<b>Numero incidenti</b>			
	<b>2004-2005</b>	<b>2006-2007</b>	<b>Variazione %</b>
<b>Torino</b>	6866	6985	+2
<b>Corso Francia</b>	116	99	-15
<b>Numero feriti</b>			
	<b>2004-2005</b>	<b>2006-2007</b>	<b>Variazione %</b>
<b>Torino</b>	9742	10007	+3
<b>Corso Francia</b>	170	151	-11

**Incidenti stradali - Densità per zona statistica  
Anni 2002 - 2004**



**Anni 2007 - 2009**



**Raccontaci la tua storia di successo**

<b>TITOLO DELLA STORIA</b>	<b>Fumo: un percorso di integrazione “dal basso”</b>
<b>DATI GENERALI</b>	<p><b>Compilatore della griglia:</b> Dr. Anna Romano  <b>Ente di appartenenza:</b> ASL Torino4  <b>Servizio di appartenenza:</b> S.C. Ser.t - S.S. Alcologia - CTT Leini  <b>Indirizzo:</b> Via Nino Costa 43, 10034 Chivasso (TO)  <b>E-mail:</b> <a href="mailto:tabagismo@aslto4.piemonte.it">tabagismo@aslto4.piemonte.it</a>  <b>Numero di telefono ufficio:</b> 011.9176907 - 011.9176909</p>
<b>CONTESTO</b>	<p>Il Piano di Prevenzione 2010-2012 della Regione Piemonte (PRP) ribadisce l'importanza della formazione come iter necessario all'acquisizione di competenze specifiche.</p> <p><b>Per la scrittura e la realizzazione del Piano Locale di Prevenzione (PLP), la Direzione Integrata della Prevenzione (DIP) dell'ASL Torino4, nel 2010, presenta una proposta organizzativa con la costituzione di otto gruppi di lavoro tematici, che rispondono ai criteri di integrazione tra servizi, di multidisciplinarietà, d'intersectorialità e di omogeneità territoriale. Si pone sin da subito l'esigenza di rendere effettiva l'integrazione e la collaborazione tra servizi professionalmente e territorialmente ancora troppo distanti, e si individua la formazione quale strumento cardine sia per avviare questa collaborazione sia per dare corpo al tentativo di regia delle attività preventive messe in campo dall'ASL nella sua interezza.</b> Dopo aver erogato undici edizioni di un corso base su teorie e metodi della Promozione della Salute, nel 2012, si avvia il laboratorio formativo con le caratteristiche della “formazione sul campo”.</p> <p>Nella progettazione sono stati <b>coinvolti tutti gli operatori della DIP:</b> Giorgio Bellan, Gabriella Bosco, Carla Francone, Rita Molino, Emma della Torre con la supervisione di Simonetta Lingua (DoRS).</p> <p>Nella realizzazione hanno partecipato al corso e proseguito l'attività nel <b>gruppo PLP “Fumo e altre dipendenze”</b> i seguenti operatori: Graziano Bucci (SISP Ivrea), Domenica Greco (SISP Settimo Torinese), Serafina Lo Piccolo (Nefrologia di Ivrea), Rosaria Nugara (distretto di San Mauro), Marina Ottino (Epidemiologia), Michela Ponzio (Servizio Medico competente di Castellamonte), Anna Romano (CTT), Laura Troglia (Servizio Materno Infantile di Ivrea).</p>

## COSA HA FUNZIONATO

Il laboratorio “Formazione sul campo di promozione della salute - Il livello” ha consentito di individuare, progettare, integrare e sostenere - in maniera coordinata - le seguenti azioni nell’ambito del contrasto del tabagismo, razionalizzando risorse e interventi:

- **corso ‘mamme libere dal fumo’**
- **attività di comunicazione sul territorio** con stand mobili per l’informazione alla popolazione sui centri di trattamento tabagismo ([Campagna ‘Hai da spegnere?’ Regione Piemonte](#), materiali e stand mobile)
- le attività di raccolta video da diffondere nel **progetto “Videoattesa”**
- attività dei medici competenti dell’ASL Torino4 finalizzata alla sperimentazione del **counselling motivazionale breve antifumo** durante la sorveglianza sanitaria, e raccolta/informatizzazione dati
- **laboratorio** rivolto agli operatori dell’ASL Torino4 sugli **stakeholders** del territorio sul tema della prevenzione del tabagismo.

Dalle attività, dai tavoli e gruppi di lavoro del corso è stato, inoltre, possibile individuare i componenti del **Gruppo Aziendale Fumo - Stili di vita** (DIP PLP) con un procedimento che, a partire dal basso e da chi già sta lavorando sul fenomeno, magari in maniera ‘scollegata’ dagli altri progetti, ha intercettato competenze, esperienze e motivazioni degli operatori da raccogliere e valorizzare.

In questo modo, **per le attività del prossimo Piano locale di prevenzione 2014-2018, i ‘percorsi fumo’ nell’ASL possono essere coerenti con le esperienze già attive e progettati in maniera realistica**, anche sulla base delle reali risorse impiegabili e della disponibilità degli operatori interessati e formati.

## PERCHÉ

- la possibilità, attraverso le risorse di tempo, riflessione e organizzazione, messe a disposizione dalla formazione sul campo, di **trovare uno spazio/luogo in cui incontrarsi, confrontarsi, capire lo stato dell’arte delle attività** ponendo attenzione sulla fattibilità dei progetti aziendali sul fumo
- il riavvio di una **progettazione creativa, integrata e razionale**, producendo inoltre documenti scritti e pre-lavorati utili per il lavoro successivo all’interno del gruppo deliberato, gruppo con referente e supporto organizzativo Stili di vita incaricato di redigere il Piano di prevenzione
- **estendere la formazione a tutti gli stili di vita**, compresi la promozione dell’attività fisica e dell’alimentazione salutare. In questo modo è stato possibile un confronto allargato e integrato anche con le attività e i progetti su questi temi, individuando eventuali sinergie.

<p><b>COSA È CAMBIATO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ è stata effettuata in maniera organica una ricognizione, già programmata, su risorse e attività in materia di fumo nell'ASL Torino4 e un confronto sulle risorse disponibili. <b>Si è giunti così a definire priorità e obiettivi che tenessero conto dell'intero quadro</b> e non si fondassero solo su ragionamenti parziali</li> <li>■ si è visto inoltre che era necessario <b>potenziare le attività rivolte alle aree meno presidiate</b>: l'unica emersa è stata la scuola e il target adolescenti</li> <li>■ da questa occasione formativa è discesa, a livello organizzativo, <b>l'individuazione di operatori esperti e motivati da inserire, con riconoscimento formale (delibera), nel sottogruppo fumo del gruppo stili di vita</b>. Essi hanno poi proseguito la progettazione dai documenti, dai ragionamenti, dalle conoscenze scambiate e acquisite durante la formazione</li> <li>■ <b>integrazione con gli altri sottogruppi</b> di stili di vita.</li> </ul> <p>Questi risultati hanno dato un contributo significativo alla struttura del PLP e hanno facilitato l'individuazione delle priorità dello stesso piano aziendale.</p>
<p><b>IN CHE MODO LA MIA STORIA PUÒ ESSERE UTILE/CONTRIBUIRE ALLA PROGRAMMAZIONE DEL NUOVO PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE</b></p>	<p>Può fornire indicazioni sullo stato dell'arte e su <b>indirizzi di progettazione realistici e calati sul territorio</b>. Inoltre può contribuire nel riportare criticità, mancanze e punti di forza dell'esistente e di necessità e priorità e risorse necessarie.</p>

**Raccontaci la tua storia di successo**

<b>TITOLO DELLA STORIA</b>	<b>Un convegno in scarpe da ginnastica</b>
<b>DATI GENERALI</b>	<b>Compilatore della griglia:</b> Maurizio Gottin <b>Ente di appartenenza:</b> ASL TORINO4 <b>Servizio di appartenenza:</b> S.S.D. Medicina sportiva <b>Indirizzo:</b> Via Foratella 22, 10090 Gassino T.se (TO) <b>E-mail:</b> <a href="mailto:medicinasport.gassino@aslto4.piemonte.it">medicinasport.gassino@aslto4.piemonte.it</a> <b>Numero di telefono ufficio:</b> 011.9817221
<b>CONTESTO</b>	<p>“<b><u>Dalle parole alle azioni</u></b>” è un ‘progetto nel progetto’ di <b>advocacy per la promozione dell’attività fisica</b>. Fa parte del Progetto CCM “<b><u>ComunicAzioni</u></b>” <b><u>Piano di comunicazione ai decisori dei contenuti di salute di una vita attiva</u></b> realizzato dalle Regioni Emilia-Romagna (capofila), Piemonte e Veneto, con l’obiettivo di diffondere tra i decisori le conoscenze per favorire la costruzione di politiche che promuovano l’attività fisica nella popolazione.</p> <p><b>Operatori coinvolti:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Giorgio Bellan, promozione salute Asl Torino4</li> <li>- Giorgia Previti, logopedista Asl Torino4</li> <li>- Davide Vessio, psicologo Asl Torino4</li> <li>- Gabriella Bosco, tecnico prevenzione Asl Torino4.</li> </ul> <p><b>Enti e Associazioni:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione aziendale Asl Torino4</li> <li>- Città di Ivrea</li> <li>- Associazioni Nordic Walking del territorio</li> <li>- Università degli Studi di Torino (Corso Laurea Infermieristica Ivrea; Scuola Universitaria Interfacoltà Scienze Motorie; Master Teatro Sociale e di Comunità).</li> </ul>
<b>COSA HA FUNZIONATO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>lavoro di squadra</b></li> <li>■ <b>collaborazione intersettoriale</b></li> <li>■ <b>alleanze</b></li> <li>■ <b>coinvolgimento e partecipazione della comunità</b></li> <li>■ <b>diffusione di informazioni corrette sui benefici dell’attività fisica e creazione di maggiori opportunità di accesso alla sua pratica sul territorio.</b></li> </ul> <p>La necessità di organizzare un evento finale, per diffondere le attività svolte in Piemonte per il progetto “ComunicAzioni” ci ha convinto a programmare un convegno prestando molta</p>

attenzione agli aspetti comunicativi. La formazione aziendale ha ottenuto, per l'evento, l'accreditamento ECM e ci ha messo a disposizione la propria sede, che ospita anche il Corso di Laurea Infermieristica di Ivrea.

Abbiamo incontrato molte difficoltà a coinvolgere settori esterni alla sanità, seguendo i canali di comunicazione istituzionali, e osservato come anche all'interno della nostra stessa Azienda sanitaria sia spesso difficile far arrivare alle persone giuste le notizie in modo efficace.

Sulla base delle nostre passate esperienze abbiamo creato un **gruppo di lavoro** con le persone impegnate nel progetto o in attività simili (per esempio altre iniziative di promozione della salute), a cui si è aggiunto uno psicologo con l'incarico specifico di seguire l'organizzazione del convegno. Una grafica professionista ha disegnato, su temi indicati dal gruppo, una serie di immagini, che sono state utilizzate per le presentazioni delle attività dell'ASL. Abbiamo anche incaricato un'altra professionista per realizzare lo **spot video** "**Muoviti!**" con l'intento di illustrare, in modo giocoso ed evocativo, i benefici dell'attività fisica e per riprendere l'evento per poterne realizzare, in seguito, un documentario.

Il gruppo di lavoro, per preparare il convegno, ha lavorato su **due linee principali di attività:**

- **individuazione di relazioni, poster ed esperienze.**

I relatori sono stati scelti tra: operatori dell'ASL già coinvolti in progetti di promozione dell'attività fisica, amministratori pubblici che hanno promosso interventi per contrastare la sedentarietà sul territorio, esperti in tecniche di comunicazione, insegnanti e esponenti di società sportive che hanno attivato iniziative per favorire l'attività fisica. Una sessione poster per temi è stata allestita negli spazi antistanti l'aula del convegno e hanno aderito all'invito a documentare con poster le proprie attività gli operatori dell'ASL e alcuni Enti e Associazioni del territorio

- **organizzazione di attività fisiche e interattive** per favorire il coinvolgimento dei partecipanti all'evento.

Le idee sulle attività pratiche da svolgere durante il convegno si sono sviluppate, rispetto alle aspettative iniziali, in base alle opportunità che sono via via emerse. Sono state contattate le società sportive di nordic walking locali, per offrire ai congressisti la possibilità di provare questa attività con la guida di istruttori qualificati. Cinque società hanno aderito alla proposta, garantendo la presenza di una ventina di istruttori all'evento. In accordo con il Comune di Ivrea, si è individuato un percorso pedonale tra il parco della Polveriera, dove si sono poi svolte le lezioni di nordic walking, e la sede del convegno distante circa 3 km. Dopo le lezioni, i partecipanti hanno così potuto ritornare alla sede congressuale camminando con i bastoncini. La Scuola di Scienze Motorie dell'Università di Torino ha svolto, guidati da alcuni studenti,

	<p>intermezzi di stretching tra le relazioni e grazie alla collaborazione con il Master in Teatro Sociale dello stesso Ateneo, due attori hanno proposto ai congressisti giochi ed esperienze basati sul nordic walking e sul movimento in generale.</p> <p><b>Alcune riflessioni</b> Nonostante avessimo a disposizione un finanziamento stanziato dal CCM per il progetto, è stato molto difficile utilizzarlo. Lo stanziamento ministeriale è suddiviso in capitoli di spesa vincolanti e le voci non sempre corrispondono a quelle dell'Amministrazione dell'ASL. I report richiesti dal Ministero seguono la cronologia del progetto e sono sfalsati rispetto ai tempi dei rendiconti dell'ASL. Le rigidità burocratiche e i vincoli normativi tolgono flessibilità e tempestività alle azioni, di fatto limitando e rendendo difficoltoso utilizzare i fondi per il motivo per cui sono stati stanziati. A titolo di aneddoto, che a posteriori può essere perfino divertente, possiamo raccontare di aver ricevuto le stampe delle locandine del convegno ... a iscrizioni già chiuse! Fortunatamente l'evento era già stato promosso via mail e tramite contatti interni, per cui avevamo già una lista di richieste di iscrizioni molto superiore ai posti disponibili.</p> <p>Un clima favorevole ci ha permesso di svolgere tutte le attività all'aperto secondo il programma. Gli <b>iscritti hanno accettato volentieri di mettersi in gioco</b>, gli istruttori e gli attori hanno lavorato egregiamente e a fine giornata il ricordo di molti sorrisi ci ha reso accettabile anche ciò che non è andato esattamente come previsto.</p> <p>Nella seconda giornata le <b>presentazioni</b>, nonostante la modifica della scaletta per la defezione di alcuni relatori, e i <b>poster</b> sono stati <b>apprezzati</b>. <b>Oltre 100 persone hanno partecipato attivamente all'evento</b>, lasciandoci le loro <b>valutazioni</b> scritte, in gran parte <b>molto positive</b>.</p>
<p><b>PERCHÉ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>originalità del convegno</b></li> <li>■ <b>entusiasmo del gruppo</b> di lavoro e la <b>collaborazione</b> di molti altri <b>operatori</b> ASL, sanitari e dei servizi tecnico/ amministrativi</li> <li>■ <b>capacità comunicativa</b> dei relatori</li> <li>■ <b>attività motorie guidate</b></li> <li>■ esperienza di <b>azione teatrale</b></li> <li>■ <b>proiezione del filmato</b>.</li> </ul>
<p><b>COSA È CAMBIATO</b></p>	<p><b>Come gruppo di lavoro:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ abbiamo appreso che le tempistiche amministrative sono lunghe e che le loro regole sono volte più al rispetto delle procedure che non al risultato finale, pertanto bisogna <b>programmare tutto con largo anticipo</b></li> <li>■ ci siamo convinti che deve <b>migliorare la comunicazione all'interno dell'ASL</b>, anche con contatti personali, <b>per</b></li> </ul>

	<p><b>condividere gli obiettivi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ il convegno ci ha consentito di <b>conoscere</b> personalmente <b>altri colleghi e operatori, creando una rete di contatti per future iniziative</b></li> <li>■ abbiamo <b>conosciuto</b> e raccolto <b>esperienze di altri settori del nostro territorio</b></li> <li>■ abbiamo suscitato curiosità e pensiamo di <b>aver diffuso una maggior consapevolezza dell'importanza dell'attività fisica per la salute.</b></li> </ul>
<p><b>IN CHE MODO LA MIA STORIA PUÒ ESSERE UTILE/CONTRIBUIRE ALLA PROGRAMMAZIONE DEL NUOVO PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE</b></p>	<p>La realizzazione di progetti finanziati incontra difficoltà nelle loro intricate procedure amministrative: molte idee originali vengono così ingabbiate da regole che non hanno la visione del risultato finale. La promozione della salute non va gestita come una gara d'appalto. Da questa esperienza abbiamo appreso che è importante <b>adeguarsi momento per momento alle esigenze dei destinatari per facilitare la comunicazione e l'apprendimento attivo.</b></p> <p>La soddisfazione finale dei partecipanti ci è sembrata un risultato migliore del rigido rispetto del programma. Riprendendo il titolo del convegno "Dalle parole alle azioni", il messaggio che vogliamo lasciare è questo: facciamo sorgere azioni concrete dalle parole e dalle teorie.</p>

**Raccontaci la tua storia di successo**

<b>TITOLO DELLA STORIA</b>	<b>Integrazione delle politiche per la salute</b>
<b>DATI GENERALI</b>	<p> <b>Compilatore della griglia:</b> Giorgio Bellan  <b>Ente di appartenenza:</b> ASL TORINO4  <b>Servizio di appartenenza:</b> S.S.D. Promozione della Salute  <b>Indirizzo:</b> via Regio Parco 64, Settimo Torinese (TO)  <b>E-mail:</b> <a href="mailto:gbellan@aslto4.piemonte.it">gbellan@aslto4.piemonte.it</a>  <b>Numero di telefono ufficio:</b> 011.8212314         </p>
<b>CONTESTO</b>	<p>           Il Distretto Sanitario di Cuornè, e in particolare la cittadina di Castellamonte da cui è partita l'iniziativa, non presenta particolari peculiarità epidemiologiche rispetto ad altri distretti dell'ASL Torino4.         </p> <p>           Una risorsa particolare del contesto considerato è rappresentata dall'amministrazione comunale, con particolare riferimento all'Assessora Nella Falletti che ha fatto emergere alcune criticità in tema di disagio giovanile e in seguito ha stimolato e sostenuto le attività programmate.         </p> <p>           Gli operatori del Distretto e della Promozione della Salute dell'ASL Torino4 (Lavinia Mortoni - Direttore S.C. Distretto di Cuornè, Giorgio Bellan - Resp. S.S.D. Promozione della Salute, Carla Francone - Dirigente Medico della S.S.D. Promozione della Salute) rispondendo alla richiesta di effettuare un intervento di tamponamento sui problemi di disagio - consistenti in alcuni lievi episodi di disturbo alla quiete al limite del teppismo - hanno fatto questa controproposta: <b>“progettiamo insieme un piano complessivo di promozione della salute coinvolgendo i destinatari (genitori, ragazzi associazioni, cittadini) e tutti gli attori del territorio (insegnanti e Dirigenti degli Istituti scolastici di ogni ordine e grado, Consorzio socio-assistenziale)”</b>.         </p> <p>           Tale iniziativa vuole sperimentare una <b>modalità integrata per sviluppare, sostenere ed ottimizzare le varie attività di promozione della salute territoriali</b> con l'intenzione di replicare la programmazione negli altri 4 distretti della nostra ASL e all'interno delle linee programmatiche del Piano Locale di Prevenzione.         </p>

<p><b>COSA HA FUNZIONATO</b></p>	<p>Si sono avviate con successo le <b>attività di confronto e pianificazione</b> che hanno consentito di fare una ricognizione delle attività e dei progetti già attivi sul territorio e anche delle risorse attivabili.</p> <p>Nell'ambito scolastico le varie iniziative sono state presentate da parte di ragazzi, insegnanti, operatori dell'ASL ai genitori. Sono state riprogrammate con una nuova modalità integrata le attività per il prossimo anno scolastico. <b>Si sono avviate alcune nuove progettazioni destinate a promuovere l'attività fisica per adulti e anziani.</b></p> <p><b>Ha funzionato:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ la condivisione, con tutti i soggetti partecipanti, della necessità di <b>coordinare e integrare le azioni a favore della promozione della salute di una comunità</b></li> <li>■ <b>il riconoscimento del lavoro di integrazione</b> come strumento e come risorsa.</li> </ul>
<p><b>PERCHÉ</b></p>	<p>Paradossalmente l'esiguità delle risorse può essere talvolta una leva efficace. Fare rete significa anche limitare gli sprechi, gli interventi inutili, doppi/tripli, <b>concentrare gli sforzi condividendo criteri di priorità.</b> Questi gli elementi che sono stati convincenti e motivanti.</p>
<p><b>COSA È CAMBIATO</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) la ricognizione delle attività e la loro presentazione alla cittadinanza ha consentito una <b>migliore conoscenza del panorama delle offerte</b>, una visione complessiva che mancava</li> <li>2) alcune attività saranno realizzate integrando <b>progetti ASL</b> tra loro e <b>con iniziative locali</b></li> <li>3) la <b>progettazione partecipata sta facendo nascere nuove opportunità per alcune fasce della popolazione</b> (Nordik Walking, gruppi di cammino,..).</li> </ol>
<p><b>IN CHE MODO LA MIA STORIA PUÒ ESSERE UTILE/CONTRIBUIRE ALLA PROGRAMMAZIONE DEL NUOVO PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE</b></p>	<p>Crediamo che possa essere un piccolo <b>modello sostenibile e replicabile di supporto alla pianificazione locale</b>, che noi vorremmo diffondere sul territorio della nostra ASL negli altri distretti. Ciò per non disperdere quanto di buono è stato fatto con il processo dei PePS, ma con un approccio più legato alla semplicità e alla concretezza delle azioni.</p>

**Raccontaci la tua storia di successo**

<b>TITOLO DELLA STORIA</b>	<b>Coordinamento Regionale Safe Night Piemonte</b>
<b>DATI GENERALI</b>	<b>Compilatore della griglia:</b> Chiara Crosa Lenz <b>Ente di appartenenza:</b> ASL VERBANO CUSIO OSSOLA <b>Servizio di appartenenza:</b> Dipartimento delle Dipendenze <b>Indirizzo:</b> Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB) <b>E-mail:</b> <a href="mailto:alcologia@aslvco.it">alcologia@aslvco.it</a> <b>Numero telefono ufficio:</b> 0324.491335
<b>CONTESTO</b>	<p>Il <b>coordinamento “Fuori Posto-Safe Night”</b> nasce nell’ambito del programma nazionale Guadagnare salute in adolescenza (GSA) - stili di vita. Il coordinamento ha creato una <b>rete operativa di progetti già attivi in 6 ASL piemontesi</b> (Torino2, Torino3, Torino4, Verbanò Cusio Ossola, Vercelli, Biella), nell’ambito delle attività di prevenzione selettiva o di riduzione del danno, dei Dipartimenti delle Dipendenze. Tutti questi progetti dispongono di un <b>mezzo mobile e di un’équipe pluriprofessionale</b> a volte integrata con volontari della rete ANPAS o Croce Rossa Italiana e/o peer educator, <b>per promuovere comportamenti liberi dall’alcol e per la riduzione della guida in stato di ebbrezza, nei contesti formali o informali del divertimento giovanile notturno.</b></p> <p>Sono coinvolte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 6 ASL piemontesi con i dipartimenti di Prevenzione e delle Dipendenze</li> <li>■ agenzie del privato sociale accreditato per le Dipendenze (associazione Contorno Viola, cooperativa Esserci, Cooperativa Tarta Volante, cooperativa ANTEO-Dropin-safe tour, associazione Vedogiovane,...)</li> <li>■ associazioni dei volontari del soccorso (Croce Verde e Croce Rossa Italiana)</li> <li>■ coordinamento dei gestori dei locali pubblici e loro associazioni di categoria.</li> </ul>
<b>COSA HA FUNZIONATO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>opportunità di confronto</b>, nell’ambito del programma GSA, con la realtà e l’esperienza veneta: progetto <b>“Fuori Posto” e rete Veneta “Safe Night”</b></li> <li>■ avere un <b>mandato preciso</b></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ l'<b>adozione</b> a livello nazionale, <b>di un sistema comune di raccolta dati</b>. Il <b>sistema</b>, denominato <b>Go Card (Allegato 1. e 2.)</b>, rileva sui frequentatori dei locali del divertimento notturno una serie di informazioni (anagrafiche, consumo di alcol, percezione del proprio stato psicofisico, intenzioni di guida in stato di ebbrezza)</li> <li>■ <b>autonomia organizzativa ed economico-gestionale</b> nelle attività di coordinamento, formazione e di attivazione della Go Card</li> <li>■ la <b>continuità con progetti precedenti</b></li> <li>■ il <b>consolidamento di</b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>alleanze</b> con i gestori dei locali per avere il sostegno e la promozione nella realizzazione degli interventi di prevenzione</li> <li>- <b>partnership con le agenzie del privato sociale</b>, con i <b>peer educator</b> opportunamente formati e con i <b>volontari</b> del soccorso per la gestione delle postazioni mobili</li> <li>- <b>lavoro di rete con i gruppi locali</b> di progetto.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>PERCHÉ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ la <b>periodicità</b> (una volta al mese) <b>dei momenti di confronto</b> del coordinamento regionale Safe Night ha consentito la costruzione di una visione comune circa la mission e gli obiettivi degli interventi</li> <li>■ la <b>continuità con progetti preesistenti</b> ha valorizzato le esperienze pregresse, le alleanze e le partnership già avviate</li> <li>■ il <b>sistema Go Card</b> ha permesso la comparazione a livello nazionale dei dati raccolti e ha consentito di tracciare la mobilità degli utenti sul territorio e gli eventuali cambiamenti comportamentali</li> <li>■ la <b>gestione del coordinamento</b> con un budget assegnato ha consentito di: <ul style="list-style-type: none"> <li>- organizzare eventi formativi</li> <li>- dotarsi di strumenti operativi comuni</li> <li>- organizzare un evento comune Safe TO Night il 20-05-2012 a Torino in piazza Vittorio, cui hanno partecipato le 8 unità mobili Piemontesi e le 2 Venete.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>COSA È CAMBIATO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ passaggio <b>da una gestione locale dei progetti</b> di prevenzione dell'abuso di alcol e della guida in stato di ebbrezza <b>ad una gestione coordinata a livello regionale - nazionale</b> che condivide criteri, standard, strumenti, obiettivi, metodologie, conoscenze e valutazione</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ progettazione e realizzazione di una <b>banca dati comune al territorio regionale</b>, che raccoglie i dati derivanti dall'uso della Go Card. Complessivamente sono stati attuati <b>201 interventi</b> costituiti da: <ul style="list-style-type: none"> <li>- uscite serali/notturne delle équipes con contatto con soggetti all'interno di locali/luoghi del divertimento o in occasione di eventi/sagre-feste</li> <li>- somministrazione questionario Go Card; previsione e considerazioni circa il proprio consumo di alcol; misurazione del tasso alcolemico; counselling; verifica sulle intenzioni di guida.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Sono stati raggiunti 9.362 soggetti di cui 1.767 hanno compilato il questionario.</b> Dei 1.767, 794 erano guidatori e di questi 227 avevano un'alcolemia superiore a 0,5, e hanno deciso di aspettare o di far guidare un amico.</p>
<p><b>IN CHE MODO LA MIA STORIA PUÒ ESSERE UTILE/CONTRIBUIRE ALLA PROGRAMMAZIONE DEL NUOVO PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ l'attività di coordinamento e confronto tra operatori consente di <b>raggiungere in modo più omogeneo un maggior numero di giovani</b> sul territorio regionale</li> <li>■ l'elaborazione dei dati raccolti (campione di convenienza) ci offre un <b>quadro d'insieme dei comportamenti giovanili nei contesti del divertimento notturno</b></li> <li>■ il confronto tra operatori ci consente di: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>stimolare l'aggiornamento e la formazione continua</b> degli operatori</li> <li>- <b>elaborare strategie articolate</b> per il coinvolgimento dei gestori degli eventi del divertimento (titolari di discoteche, pub, feste,...).</li> </ul> </li> </ul> <p>Il Coordinamento Safe Night Piemonte ha mantenuto la propria attività di coordinamento mensile per tutto il 2013, oltre il ciclo di vita del progetto nazionale GSA da cui è nato e che si è concluso nel novembre 2012. Non può esistere Coordinamento se non ci sono progetti da coordinare quindi è importante garantire una continuità nei finanziamenti alle ASL partecipanti, e al Coordinamento stesso, perché il lavoro non sia interrotto.</p>

## Allegato 1. GO-CARD

### Ecco la Go-Card



#### Cos'è la Go-Card?

Si tratta di una card tipo Bancomat, GRATUITA, che sarà consegnata a tutti coloro che si avvicineranno al camper per sottoporsi al test dell'etilometro.

#### Come funziona?

I possessori di questa card avranno diritto a VANTAGGI (ad esempio a degli sconti) in base alla disponibilità di premi a livello locale/provinciale.

#### Dove la trovo?

La distribuzione è gratuita ed è cominciata a ottobre 2011 presso i camper e le postazioni delle unità piemontesi che aderiscono alla Rete Safe Night Piemonte (ASL TO2 - ASL TO3 - ASL TO4 - ASL VC - ASL BI - ASL VCO).

#### Che vantaggi mi da?

- ingressi scontati presso alcune strutture, ad esempio Alpylad (attiva dal 2014)
- sconti presso i locali notturni che possono di volta in volta aderire all'iniziativa.

#### Come richiedere la card

- attivazione della Go-Card presso uno dei Progetti aderenti al Coordinamento Safe Night
- presentazione della card ogni volta che ci si presenta alle Unità Mobili qualora ci si sottoponga alle prove alcolimetriche o altre prove proposte dai servizi
- la card è anonima
- la card è personale e non deve essere ceduta per alcun motivo.

#### Destinatari

Tutti i giovani che frequentano i luoghi del divertimento e dell'aggregazione organizzata e quella spontanea irregolare: discoteche, disco-bar, ristoranti, birrerie, sagre paesane, raduni fieristici, concerti, stadi di calcio, piste da sci, rave, ecc. Adulti, genitori che hanno bisogno di informazioni corrette. Tutti coloro che a diverso titolo vengono a contatto con le équipe mobili aderenti al Coordinamento Safe Night.

#### Note tecniche

La "Go card" consente l'adozione di un sistema comune di raccolta dati; è una tessera plastificata, tipo bancomat, che ha una facciata comune a tutti i progetti piemontesi e una facciata specifica per singolo progetto (con proprie immagini e loghi). Ogni tessera ha un codice, anonimo, composto dalla sigla del singolo progetto e da un numero crescente. A ogni tessera, nel momento in cui è consegnata al cittadino, si abbina la scheda del questionario informatizzato per la raccolta dati. Si chiede al cittadino di conservarla e ripresentarla qualora dovesse accedere a una qualsiasi postazione piemontese, per sottoporsi ai test ed aggiornare il questionario. In questo modo si può tracciare la mobilità degli utenti sul territorio e gli eventuali cambiamenti comportamentali nel tempo; il tutto salvaguardando l'anonimato.

Il questionario è stato mutuato dalla rete Safe Night Veneta, proposta anche alle regioni Puglia e Campania nell'ambito del programma nazionale Guadagnare salute in adolescenza.

Queste banche dati regionali sono quindi confrontabili.

## Allegato 2. QUESTIONARIO - SCHEDA ALCOLIMETRICA

INSIEME LA SICUREZZA

	luogo	data	ora	N.
--	-------	------	-----	----



Comune di residenza	Prov.	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Anno di Nascita
Titolo studio	<input type="button" value="Elementari"/> <input type="button" value="Medie"/> <input type="button" value="Qualifica"/> <input type="button" value="Superiori"/> <input type="button" value="L laurea"/>	Codice card	
Professione	<input type="button" value="Lavoratore"/> <input type="button" value="Disoccupato"/> <input type="button" value="Studente"/> <input type="button" value="Stud-Lav"/> <input type="button" value="Militare"/> <input type="button" value="Pensionato"/> <input type="button" value="Altro"/>		

Minuti trascorsi da l'ultimo bicchiere? <input type="text"/> <small>(N= azimete)</small>	Cosa?     	Ti è mai capitato di ubriacarti? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si	Età della 1a ubriacatura <input type="text"/>
Come giudichi il tuo consumo di alcol? <input type="button" value="Basso"/> <input type="button" value="Medio"/> <input type="button" value="Alto"/>	Quanto? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Volta anno    Volte anno    Volte mese	Età del 1° bicchiere? <input type="text"/>

Quando esci devi guidare? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cosa? <input type="button" value="Auto"/> <input type="button" value="Scooter"/> <input type="button" value="Moto"/> <input type="button" value="Altro"/>	N° Ritiri patente per guida in stato di ebbrezza <input type="text"/>	Tip. patente <input type="button" value="A"/> <input type="button" value="B"/> <input type="button" value="C"/> <input type="button" value="D"/> <input type="button" value="E"/> <input type="button" value="NN"/> Patentino
---	--	---	---

Come ti senti adesso?

Il tuo valore sarà...   
                     oltre   
 **Valore ottenuto**

Adesso cosa pensi di fare per la guida: <input type="checkbox"/> Guidi lo stesso <input type="checkbox"/> Aspetti <input type="checkbox"/> Fai guidare ad un altro	Stasera hai bevuto x: <input type="checkbox"/> la compagnia ché ti piace <input type="checkbox"/> favorire le relazioni <input type="checkbox"/> l'effetto che mi da abitudine	Di solito bevi: <input type="checkbox"/> a digiuno <input type="checkbox"/> a pasto <input type="checkbox"/> dopo pasto
---	---	--

## Allegato

### Griglia storie di successo e guida all'uso



Coordinamento operativo regionale della prevenzione (CORP)



#### Raccontaci la tua storia di successo

<b>TITOLO DELLA STORIA</b>	
<b>DATI GENERALI</b>	<b>Nome:</b> <b>Ente di appartenenza:</b> <b>Servizio di appartenenza:</b> <b>Indirizzo:</b> <b>E-mail</b> <b>Numero di telefono ufficio:</b>
<b>CONTESTO</b> - Progetto/programma/piano in cui è inserita la storia di successo - Operatori coinvolti nella storia (specificare nome e professione) - Altri enti, servizi e/o associazioni coinvolti nella storia	
<b>COSA HA FUNZIONATO</b> (descrivi gli aspetti della tua storia che valuti positivamente e su cui vuoi concentrare l'interesse: ad esempio il gruppo di progetto, il lavoro di rete con i partner, le attività specifiche di prevenzione e/o promozione della salute, la metodologia e/o gli strumenti adottati, gli sforzi di advocacy, il coinvolgimento dei portatori di interesse, l'efficacia dei canali e degli strumenti di comunicazione, il trasferimento di solide evidenze alla pratica, l'utilizzo delle risorse, altro...)	

<p><b>PERCHÉ</b> (quali sono gli elementi che hanno determinato il successo degli aspetti sopra descritti)</p>	
<p><b>COSA È CAMBIATO</b> (in termini di processo e/o risultato: ad esempio cambiamenti organizzativi/ gestionali/comunicativi, cambiamenti rispetto alle conoscenze, ai comportamenti e le eventuali ricadute sulla salute)</p>	
<p><b>IN CHE MODO LA MIA STORIA PUÒ ESSERE UTILE/CONTRIBUIRE ALLA PROGRAMMAZIONE DEL NUOVO PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE</b></p>	

# Scrivere una storia di successo

**Consigli per la compilazione della griglia**



*“Chi ha da dire qualcosa di nuovo e di importante ci tiene a farsi capire.  
Farà perciò tutto il possibile per scrivere in modo semplice e comprensibile.  
Niente è più facile dello scrivere difficile”.*  
*Karl Popper*

Questo documento ha lo scopo di offrirvi dei consigli pratici per scrivere in modo semplice e chiaro la vostra storia di successo.

Il riferimento metodologico è il Plain Language, approccio di origine anglosassone, nato intorno agli anni ottanta per volontà delle Pubbliche Amministrazioni che sentivano la necessità di semplificare i loro documenti, al fine di renderli più accessibili alla popolazione.

La storia di successo *“dovrebbe illustrare quali cambiamenti sono stati prodotti da un programma/progetto e dovrebbe spiegare, pensando di rivolgersi a un pubblico generale, come e perché sono avvenuti questi cambiamenti”* (Cdc, 2007).

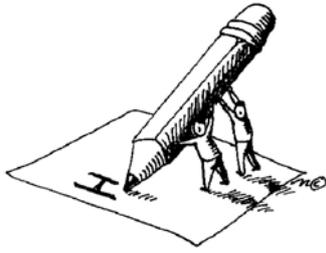
L’obiettivo, nel nostro caso, è quello di condividere ciò che pensate/sentite come una “storia di successo” nella vostra attività lavorativa nell’ambito del Piano Regionale della Prevenzione, per contribuire alla riprogrammazione del Piano (alle sue azioni strategiche, alle sue attività,...) e alla valorizzazione delle vostre esperienze più significative.

La storia permette una condivisione oltre che di saperi, di emozioni che aiutano la **comprensione** di fatti ed esperienze.

Le storie, infatti, sono da sempre lo strumento principale della costruzione e della trasmissione del sapere e permettono di rendere comprensibile, comunicabile e ricordabile il vissuto.

Inoltre, la storia permette di **ordinare** dando *“forma al disordine delle esperienze”* (Eco, 1993) ed elaborare le conoscenze e le esperienze, stimolando la riflessione.

Il valore aggiunto della storia è senz’altro la possibilità di coinvolgere il lettore attraverso la scoperta o riscoperta di vissuti, saperi e visioni del mondo che ognuno porta con sé, facilitando l’immedesimazione, l’empatia e permettendo un proficuo **scambio di esperienze**.



## La scrittura della storia

Il processo di scrittura si articola in **3 fasi**:

1. La progettazione
2. La stesura del testo
3. La revisione

Nella fase di **progettazione**

- ✓ si pianifica ciò che si intende comunicare
- ✓ si raccolgono e organizzano le informazioni necessarie

Nella fase di **stesura del testo** si elabora il testo dando la forma linguistica più adatta al piano precedentemente elaborato, applicando tecniche che favoriscono la leggibilità.

Nella fase di **revisione** si verifica l'efficacia di ciò che si è scritto, possibilmente testandolo tra pari. Se necessario si apportano le modifiche al testo in modo da renderlo il più corrispondente possibile alle esigenze di comprensione.



## Il lettore

Chi scrive la storia dovrebbe cercare di calarsi “nei panni” dei lettori e adattare ciò che intende dire alle loro esigenze e capacità di comprensione.

Per orientare il testo sul lettore occorre rispondere a due domande:

- 1. Che cosa ha bisogno di sapere?**
- 2. Che cosa è in grado di capire?**

Il testo che si elaborerà sarà dunque calibrato sulle presunte conoscenze del lettore che sono di due tipi:

- 1. Conoscenze linguistiche**
- 2. Conoscenze extralinguistiche** (l'insieme delle conoscenze che il lettore ha sul mondo, comprese le nozioni specifiche riguardanti l'argomento di cui si tratta).

Un testo può essere scritto in modo chiaro pur contenendo termini tecnici, se si presume che siano familiari al lettore a cui ci si rivolge.



## Le parole

La lunghezza del testo non dovrà superare i **10.000 caratteri** (spazi inclusi), al fine di agevolare la lettura e la condivisione.

Il lessico utilizzato nella storia, dovrà essere comune, familiare e avere come riferimento il vocabolario di base.

### Evitate quindi:

- ✓ arcaismi (es. *testé, quantunque*)
- ✓ latinismi (es. *ex lege, ad personam, pro tempore*)
- ✓ espressioni troppo formali (es. *lo scrivente, il dichiarante, il summenzionato*)

### Utilizzate invece:

- ✓ Termini più comunemente utilizzati  
*andare* invece di *recarsi*  
*arrivare* invece di *giungere*
- ✓ Parole concrete più che espressioni astratte, vaghe o eufemistiche  
*impiegati* invece di *risorse umane*
- ✓ Pochi acronimi, sigle e abbreviazioni e nel caso indicare il significato esteso almeno la prima volta che li si utilizza



## Le frasi

Pur utilizzando parole comuni, una frase può essere difficile da comprendere per la sua sintassi, ossia il modo in cui le parole sono combinate tra loro.

### Evitate quindi:

- ✓ Frasi troppo lunghe e complicate  
al posto di *“alla luce delle considerazioni sopra esposte”* usate *“quindi”*
- ✓ Forme verbali passive  
al posto di *“le nuove norme sulla sicurezza nei cantieri edili sono contenute nella legge n. X”* usate *“la legge n. X contiene le nuove norme ...”*
- ✓ Troppe informazioni in un'unica frase
- ✓ Nominalizzazioni  
al posto di *“a causa della mancanza di fondi”* usate *“perché mancano i fondi”*

### Preferite

- ✓ Frasi con una struttura semplice *soggetto, verbo, complemento*
- ✓ Forme verbali attive  
*“Gli operatori della prevenzione hanno effettuato la ricostruzione degli eventi”* e non *“La ricostruzione degli eventi è stata effettuata dagli operatori della prevenzione”*
- ✓ Forme verbali affermative  
*rifiutare* al posto di *non accettare*
- ✓ Indicativo invece del congiuntivo  
*“anche se il responsabile aveva effettuato recentemente il controllo”* invece di *“sebbene il responsabile avesse effettuato...”*



## La grafica

La scelta grafica di un testo influenza la leggibilità e la comprensione del messaggio.

E' bene utilizzare:

- ✓ Caratteri di adeguata grandezza (almeno corpo 12)
- ✓ Caratteri quali il Tahoma, l'Helvetica e l'Arial che si adattano sia a testi a stampa che digitali
- ✓ Allineamento a sinistra
- ✓ Spazi bianchi per separare le parti del testo
- ✓ Moderato ricorso a maiuscolo, corsivo e grassetto



## La valutazione

Per capire se la nostra storia è chiara e comprensibile, si può ricorrere alla *peer review* (revisione o confronto tra colleghi) o a persone che non conoscono la materia.

## Bibliografia/sitografia

---

<sup>I</sup> AA.VV., *Impact and Value: Telling Your Program's Story*, Cdc, 2007 in:  
[www.cdc.gov/oralhealth/publications/library/pdf/success\\_story\\_workbook.pdf](http://www.cdc.gov/oralhealth/publications/library/pdf/success_story_workbook.pdf)

<sup>II</sup> *The Plain Language Action and Information Network* in: [www.plainlanguage.gov/](http://www.plainlanguage.gov/)

<sup>III</sup> Daniele Fortis, *Il Plain language: quando le istituzioni si fanno capire*, I quaderni del MdS, 2003 in: [www.mestierediscrivere.com/uploads/files/PlainLanguage.pdf](http://www.mestierediscrivere.com/uploads/files/PlainLanguage.pdf)



