

RELAZIONE DI ATTIVITA' DEI PROGETTI REGIONALI HPH 1998 - 2002

a) Progetto "Ospedale e Territorio"

Aziende partecipanti: da 16 iniziali a 24.

Articolato in 2 sottoprogetti:

- 1) Continuità assistenziale tra ospedale e territorio;
- 2) Integrazioni informative e cultura delle comunicazioni tra gli operatori.

Un terzo sottoprogetto è stato abbandonato: "Ideazione di un documento sanitario nazionale", in attesa della diffusione della rete informatica.

I Conferenza Regionale sul Progetto HPH (Ivrea – 29-01-2000)

1) **"La continuità assistenziale: modelli di integrazione in azienda ospedaliera"** (ASO S. Giovanni Battista di Torino).

- Coinvolgimento del MMG nella diagnostica e nel follow-up del malato oncologico (coordinamento della UOA Oncologia Medica).
- Numero Verde a disposizione dei medici del territorio per situazioni di sospetta urgenza (a disposizione un medico della UOA Medicina d'urgenza).
- Ottimizzazione dell'utilizzo della Chirurgia in regione Day-Surgery (coordinamento del gruppo aziendale per la Day-Surgery).
- Informazione telefonica al medico di famiglia dell'avvenuto ricovero in urgenza: informazione cliniche tra medico ospedaliero e medico di famiglia, sulla dimissione e sugli eventuali problemi relativi ad essa (coordinamento della Direzione Sanitaria dell'azienda ospedaliera).
- Inserimento del MMG nel Pronto Soccorso: dopo l'effettuazione del Triage, gli vengono affidate quelle patologie che trovano il loro riferimento naturale in questa figura professionale. Percorsi alternativi nel Pronto Soccorso per le patologie maggiori.

Tale progetto verrà ulteriormente sviluppato nella II Conferenza Regionale.

2) **"La Malnutrizione: un progetto per valutarsi e crescere insieme"** (U.O. di Dietetica e Nutrizione Clinica di 6 aziende).

Priorità:

- 1) a livello ospedaliero: obiettivo strategico delle UO di Dietetica e Nutrizione Clinica di "ridurre la prevalenza e la gravità della malnutrizione ospedaliera";
- 2) a livello di residenze sanitarie assistite: prevalenza della malnutrizione nella popolazione anziana;
- 3) a livello di assistenza domiciliare integrata: prevalenza di persone anziane e di

soggetti affetti da patologie ad alto rischio di malnutrizione.

Previsti:

- 1) Interventi formativi per gli Infermieri Professionali, ospedalieri e territoriali. Programmi di almeno 15 ore, con metodologie interattive.
- 2) Elaborazione protocolli condivisi di supporto nutrizionale di primo livello e di secondo livello (specialistico).

Compilato dagli infermieri professionali dei Reparti coinvolti nel progetto un questionario relativo alle conoscenze sulla malnutrizione ospedaliera: infermieri coinvolti : 279. Da questi compilate 135 schede relative all'indice di rischio malnutrizione nei pazienti degenti nei reparti pilota.

- 3) **“L’accesso alle prestazioni ambulatoriali: una proposta di lavoro” (razionalizzazione dei tempi di attesa in cardiologia)** (U.O. Cardiologia ASL 9 Ivrea).

Due esperienze condotte parallelamente da una commissione distrettuale e dal comitato tecnico locale HPH.

Obiettivo: ridurre i tempi di attesa per l'Eco cardiografia, successivamente ampliato per le visite specialistiche cardiologiche e per i test ergometrici.

Modalità di attuazione: definizione da parte del MMG della priorità dell'esame richiesto (linee guida concordate tra Cardiologi e Medici del territorio). Controllo incrociato con codifica data dal Cardiologo all'atto della prestazione.

Risultati: 118 MMG dell'ASL 9 hanno partecipato alla sperimentazione. Delle 368 richieste giunte, ben 290 erano correttamente indicate nella priorità.

Riduzione delle richieste urgenti non codificate, miglior uso del DEA per le urgenze cardiologiche e volontà bilaterale di ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici comuni.

- 4) **“Continuità assistenziale infermieristica- Territorio e Ospedale”** (ASL 13 Novara).

Obiettivo: evitare la duplicazione dei trattamenti sanitari, evitare di perdere informazioni essenziali, ridurre i tempi di degenza ospedaliera.

Modalità di attuazione: implementazione di procedure qualificate ed impiego della scheda di rilevazione dati. Destinatari del progetto: tutti gli operatori ospedalieri e territoriali coinvolti direttamente o indirettamente nell'assistenza.

Risultati: prima valutazione dopo 6 mesi attraverso un questionario. Il 47% degli intervistati ha dichiarato che la scheda ha facilitato la conoscenza delle condizioni assistenziali del paziente. Usati semplici indicatori di risultato e di processo.

Indicatori di risultato: numero di pazienti dei Presidi con la scheda di rilevazione dati sul numero di pazienti totali dimessi dai Presidi che passano in assistenza domiciliare e

viceversa il numero dei pazienti ricoverati con la scheda sul totale dei pazienti domiciliari ricoverati nei Presidi.

Indicatore di processo: numero di operatori convocati in riunione per il progetto su numero di operatori presenti alla riunione: ottimo risultato.

Meno buono il risultato di un altro indicatore circa la conoscenza della procedura da parte di tutto il personale coinvolto e le difficoltà dell'utilizzo dello strumento. Previsto in futuro un affinamento della scheda.

5) **“Medici di Medicina Generale in Reparto”** (ASL 22 Novi Ligure).

Progetto volto a facilitare il libero accesso dei MMG ai luoghi di degenza sia ordinaria sia in Day Hospital.

Presso il Day Hospital oncologico già operative le iniziative:

- Patto di cura: un modo nuovo per descrivere il processo assistenziale.
- D.H. illuminato: l'uso del colore e della luce per umanizzare.
- Ospedale cerca amici.

In distribuzione gli opuscoli: “Chemioterapia: parliamone fra noi” – “Gestione dei cateteri venosi centrali” - “DH oncologico: notizie utili per il paziente ed il medico curante” – “Descrizione dei progetti”.

II Conferenza Regionale sul Progetto HPH (Ivrea – 9-10-11-2001)

La clinica nei rapporti tra Ospedale e Territorio

1) **“L'organizzazione del monitoraggio della terapia anticoagulante orale: un esempio di integrazione tra Ospedale e Territorio”** Decentramento e deospedalizzazione (ASL 21 Casale M.).

2) **“Progetto regionale multicentrico sulla Nutrizione parenterale domiciliare nel paziente oncologico in fase avanzata”**

Ulteriore sviluppo del progetto presentato alla I Conferenza Regionale (ASL 1-2-3-4-19-ASO S. Croce Cuneo-San Giovanni Battista di Torino).

3) **“Unità di dimissioni protette e ricoveri di sostegno in Residenza Sanitaria Assistenziale”** (ASL 4).

R.S.A. operante in 2 Distretti dell'Azienda.

95 posti letto: 80 per anziani, 15 per ricoveri transitori (patologie eterogenee provenienti dall'ospedale, pazienti terminali, pazienti con problemi psichici).

Unità di valutazione geriatrica operante in ospedale, in RSA e a domicilio.

Collegamento con gli specialisti ospedalieri.

Fisiatra una volta alla settimana.

4) “Un’ unica cartella clinica del paziente oncologico per integrare l’ospedale con il territorio” (ASL 19 - Asti).

Informazione unitaria come supporto dell’attività oncologica.

Collegamento del Day-Hospital oncologico con tutte le Unità ospedaliera e con i MMG.

Comunicazione e Informazione tra Ospedale e Territorio

1) “La Dimissione Protetta come strumento di continuità assistenziale tra Ospedale e Territorio: l’esperienza di una ASL in Torino” (ASL 4: Osp. Giovanni Bosco, Gradenigo, Cottolengo).

Scheda di dimissione protetta, attivata dall’azienda coinvolgente il MMG e la figura di un “custode vigilante” che si prende cura del paziente, al fine di ridurre gli stati di ansia e di senso dell’abbandono, proprio del paziente dimesso.

2) “Modelli di integrazione tra strutture degenziali o residenziali e servizi del territorio in ambito psichiatrico” (ASL 13 - Novara).

Progetto terapeutico, coinvolgente le componenti sanitaria e sociale, essendo superato il concetto di “custodia” con la legge 180.

3) “Cronicità, longevità, nuovi bisogni di salute: il Country Hospital, una risposta non convenzionale e di qualità. L’esperienza piemontese di Santhià” (ASL 11 - Vercelli).

Trasformazione di un ospedale per acuti in una struttura socio sanitaria assistenziale soprattutto per anziani con deficit di autosufficienza, anello di congiunzione tra l’ospedale e l’assistenza domiciliare con ruolo centrale di MMG volontari integrati con equipe socio-sanitaria.

Nursering tra Ospedale e Territorio

1) “Un progetto di integrazione per la gestione dei pazienti affetti da scompenso cardiaco” (ASL 3 - Torino).

2) “L’ambulatorio infermieristico. Esperienze in ambito chirurgico” (ASL 13 - Novara).

Obiettivo comune l’implementazione di procedure qualificate e l’impiego della scheda di rilevazione dati, per ovviare alla carenza di scambi di informazioni tra Presidi ospedalieri e territorio: lo scopo è un effetto di qualità percepita dall’utente e per gli operatori obiettivi educativi in quanto coinvolti nell’utilizzo di una modulistica rispetto ai pazienti presi in carico.

3) “Inserimento del MMG in DEA ed altre esperienze di integrazione e miglioramento della Comunicazione presso l’ASO San Giovanni Battista di Torino”.

Ulteriore sviluppo del progetto presentato nella I conferenza Regionale.

4) “Dimissioni protette, attivazione ADI/ADP: protocollo operativo ASO San Giovanni Battista e ASL 1 di Torino”.

Presentato un protocollo operativo per le Dimissioni protette, che coinvolge Medici Ospedalieri, MMG, il Medico responsabile del distretto, gli infermieri professionali, gli operatori socio-assistenziali, i medici specialisti, i fisioterapisti, i dietisti, gli assistenti sociali.

Linee di sviluppo da proporre all'Assessorato Regionale alla Sanità dopo le due Conferenze Regionali sul Progetto HPH “Ospedale-Territorio”.

Tema dominante è il percorso assistenziale che accompagna il cittadino lungo il cammino costituito da tanti anelli di una catena dove l'ospedale è uno degli anelli, ma non la catena intera.

Numerosi i temi che dovrebbero essere ulteriormente sviluppati riguardanti la continuità assistenziale come modello di integrazione tra Ospedale e Territorio. Per es.:

- 1) coinvolgimento del MMG nelle U.O. oncologiche, nei D.H. specie oncologici, nei DEA.
- 2) Continuità assistenziale infermieristica Territorio-Ospedali: impiego della scheda di rilevazione dati per conoscere le condizioni assistenziali del paziente.
- 3) Dimissione protetta come strumento di continuità assistenziale tra ospedale e Territorio. Attivazione ADI/ADP.
- 4) Nutrizione e salute: progetto in notevole fase evolutiva comprendente 6 aziende che lavorano in Rete.

b)Progetto”Ospedali liberi dal fumo”

Aziende sanitarie partecipanti: 16.

Destinatari del Progetto:

- Operatori dell'ospedale e del territorio.
- Pazienti ricoverati nelle strutture sanitarie e che accedono agli ambulatori dei MMG.
- Tutta la comunità, Enti della Pubblica amministrazione.
- Gruppi Target: insegnanti e studenti.

I Conferenza Regionale sul Progetto HPH (ASTI 16-12-2000)

La relazione del progetto è avvenuta attraverso le seguenti fasi:

- 1) **Indagine epidemiologica sul problema fumo, rivolta ad operatori sanitari e pazienti ricoverati**: tra il 21% e il 36% in tutte le aziende del gruppo il numero dei

fumatori tra gli operatori sanitari.

2) **Costruzione di una cartellonistica informativa sui problemi relativi al fumo:** “Mostra percorso del fumo” con poster periodicamente rinnovati in ogni azienda del gruppo.

3) **Introduzione nelle cartelle cliniche del test di Fagerström.**

4) **Formazione degli operatori sanitari:** tappa fondamentale del progetto è formare figure professionali con competenze specifiche cioè i Promotori-Facilitatori e i conduttori di gruppo per la disassuefazione dal fumo di sigaretta.

Il Promotore-Facilitatore è un operatore sanitario che aderisce alla lotta al tabagismo perché consapevole che è un proprio ruolo istituzionale, effettua counselling al soggetto fumatore fornendo informazioni su danni del fumo basandosi sul colloquio motivazionale; opera all'interno della sua struttura organizzativa durante la sua normale attività lavorativa e a rotazione presso il centro antifumo della sua azienda.

Il suo obiettivo è di diffondere una nuova consapevolezza del ruolo educativo che ciascun operatore ha nei confronti della collettività.

Il conduttore di gruppi (selezionato tra i Facilitatori precedentemente formati) ha acquisito abilità e competenze relazionali utili a condurre colloqui, interviste, attività di sostegno al fumatore attraverso modalità di apprendimento attivo con il coinvolgimento diretto dei partecipanti.

5) **Attivazione dell'ambulatorio per la disassuefazione dal fumo rivolto a operatori sanitari e cittadini** presenza di un medico e di un facilitatore.

6) **Monitoraggio dei risultati**

In tutte le aziende partecipanti è stato raggiunto un alto livello di sensibilizzazione sul problema fumo coinvolgendo i pazienti, i visitatori e gli operatori sanitari.

Sono stati attivati 8 centri di prevenzione e cura del tabagismo e in 4 aziende gruppi di terapia per la disassuefazione dal fumo.

Linee di sviluppo da proporre all'Assessorato Regionale alla Sanità dopo la Conferenza Regionale sul Progetto HPH “Ospedali liberi dal fumo”.

Necessario creare un **programma omogeneo per tutta la realtà piemontese**, incominciando dalla diffusione del progetto in tutte le rimanenti aziende della regione che non vi aderiscono ancora. Prioritari diventano i **corsi di formazione** per operatori responsabilizzando determinate figure in ogni struttura operativa (Promotori-Facilitatori e Conduttori di gruppo), usufruendo dell'esperienza maturata dal gruppo del progetto HPH.

Tali iniziative si integrano e si completano con quelle promosse dall'Assessorato della Sanità con il **“Piano piemontese libero dal fumo”**, in cui sono stati coinvolti studenti ed insegnanti di varie scuole e associazioni di categoria con scelta di cartelli e segnaletica regionale implicanti divieto e convincimento. Inoltre l'azione di formazione è stata rivolta ai MMG mediante corsi accreditati che dovranno essere trasferiti in ogni Azienda Sanitaria, con l'obiettivo di praticare un efficace azione di counselling breve nei confronti dei pazienti fumatori.

Coinvolte pure le farmacie con concorso internazionale “Smetti e vinci”.

Nella Conferenza Regionale HPH di Asti fu oggetto di una importante relazione **“L'ospedale libero dal fumo quale elemento fondamentale nel processo di accreditamento”**.

Proposta innovativa e stimolante che può diventare fonte di gratificazione per le Unità operative che hanno ottenuto buoni risultati nella lotta al fumo; per es. attivando il centro di prevenzione e cura del tabagismo.

-

-

c) Progetto “Umanizzazione dei Servizi Sanitari”

Aziende Sanitarie partecipanti: 15

-

Le motivazioni del progetto

- Interesse alla persona: il paziente non è una malattia, ma una persona con la sua dignità ed autonomia.
- Ridurre la forbice tra l'operatore e il paziente: l'operatore non come esecutore di mansioni, ma capace di relazioni personali con il paziente, come persona viva e unica. Criterio di qualità del professionista.
- L'ospedale non come officina di riparazione, ma ospitalità.
- Spirito del progetto di umanizzazione: Accoglienza, Accompagnamento, Amore.

-

I Conferenza Regionale sul Progetto HPH (Ospedale Gradenigo – Torino – 19-04-2002)

Il primo obiettivo è l'elaborazione di un Protocollo operativo di accoglienza come prodotto del lavoro di gruppo e come proposta da sperimentare.

In seguito all'analisi dei questionari, elaborati collegialmente, distribuiti agli utenti e agli operatori delle Aziende del gruppo, per individuare con precisione i punti critici emersi, generatori di stati d'ansia sia nei pazienti sia negli operatori, si è avvertita la necessità di programmare un **corso di formazione** al fine di elaborare linee guida di comportamento valide per tutti gli operatori del gruppo (O.I.R.M. S. Anna - Torino).

Il corso, a cui hanno partecipato tutte le aziende del gruppo (dall'ottobre 2000 al febbraio 2001), intitolato “La comunicazione come fattore di attualità nelle Aziende Sanitarie” privilegia il concetto di “umanizzazione” nei rapporti tra malato ed operatore sanitario: la fredda oggettività della medicina scientifica, basata sulle prove di efficacia, deve essere

mediata da chi cura e si occupa del malato, usando il linguaggio di questo, creandosi un linguaggio comune attraverso la comunicazione orale. La quale permette di non lasciare “solo” il paziente con la sua malattia e le sue angosce, che non debbono essere ignorate, ma accolte e condivise.

Il gruppo di lavoro ha in seguito provveduto ad elaborare un Protocollo di accoglienza in ricovero programmato, mettendo in comune le bozze costruite, nelle diverse sedi ospedaliere, con il contributo dei partecipanti al corso di formazione.

1) **“Lavorare per obiettivi: sintesi di un percorso”** (ASL 21 – Casale M.)
Scelta del questionario: contro l’eccessiva aziendalizzazione il lavoro in Rete omogenizza le esperienze di varie Aziende.

2) **“Il questionario come strumento di lavoro: un sintomo in cifre ”**

1363 pazienti

- ASO S. Luigi – Orbassano: risposte al questionario

700 operatori

Quesiti posti: percezione dei rapporti interpersonali, comunicazione operatore-paziente.

Soddisfazione generale dei pazienti.

Più critici gli operatori sul proprio operato: migliorare la comunicazione.

- ASL 11 - Ospedale S. Andrea – Vercelli: questionario presentato in un giorno in 4 Unità operative ospedaliere con risposte di 327 operatori

71 dimessi

Giudizi sull’accoglienza: il 90% sia degli operatori sia dei pazienti si sono dichiarati soddisfatti.

Il 26% degli operatori dedica più tempo al paziente.

La maggior parte delle informazioni al paziente vengono fornite perché richieste dai pazienti stessi.

3) **“La comunicazione come fattore di qualità: il percorso degli operatori”** (ASL 7 - Chivasso).

L’informazione componente essenziale di soddisfazione dei bisogni.

Punto di forza degli operatori: buona preparazione professionale.

Punto di debolezza: l’approccio al paziente.

Domina la mancanza di comunicazione, soprattutto la capacità di ascolto.

Giudizio positivo sul corso di formazione per formatori. Protocollo di accoglienza con linee guida durante la degenza e protocollo di dimissione come programma di intervento in ospedale con la condivisione degli operatori.

4) **“Protocollo di accoglienza: un proposta da sperimentare”** (Ospedale Gradenigo)

- Torino).

L'accoglienza non si esaurisce con l'ingresso in ospedale del paziente: continua durante tutta la degenza, fino alla dimissione il paziente accusa ansia.

Modalità di comportamento dell'operatore:

- all'ingresso del paziente in ospedale: fornisce informazioni, accompagna il paziente all'U.O.
- Durante la degenza: far sentire il paziente soggetto attivo, identifica il paziente per cognome, osserva la riservatezza, accompagna il paziente agli ambulatori, fornisce informazioni con risposte chiare e semplici, accerta la capacità di comprensione, far firmare il consenso informato, fornisce informazioni ai parenti.
- Alla dimissione: congruo anticipo al paziente delle dimissioni, indicazioni specie per le dimissioni protette (lettere di dimissioni del medico): continuità assistenziale con contatti programmati con i servizi assistenziali territoriali (es. ADI), chiarire tutti gli aspetti burocratici e amministrativi.
L'operatore accompagna il paziente all'uscita .

5) “Esperienze di accoglienza”

a) “In chirurgia pediatrica” (ASO O.I.R.M. S. Anna - Torino).

L'intervento operatorio presentato come gioco.

Agli operandi viene fornito un libro-gioco (interattivo). Tutti i degenti sono coinvolti nel laboratorio gioco-teatro.

Agli operati viene consegnato il Diploma di “grande coraggio”.

b) “Per gli adulti” (ASL 21 – Casale M.).

Progetto “Qualità percepita dagli utenti”

Libretto di accoglienza

Guida ai servizi territoriali

c) “Per gli utenti stranieri” (ASO O.I.R.M. S. Anna - Torino).

Schede di accoglienza in quattro lingue (oltre l'italiano): albanese, arabo, inglese, francese.

6) “La Dimissione protetta” (ASL 4 – Torino).

Coinvolge due poli ospedalieri: S. Giovanni Bosco, Gradenigo.

Obiettivo: continuità assistenziale tra Ospedale e Territorio. Scala di valutazione per le dimissioni dell'anziano con deficit di autosufficienza: se positiva si prevede l'aiuto dei Servizi Territoriali (ADI, struttura residenziale).

Determinante il contatto diretto tra la caposala o l'infermiera del Reparto e l'infermiera responsabile del Servizio Territoriale, verificando la necessità della presenza del MMG. La scheda di Dimissione Protetta da parte dei Reparti ospedalieri li coinvolge anche dopo le dimissioni.

La verifica dopo 6 mesi di sperimentazione ha dimostrato una positiva riduzione degli stati d'ansia al momento della dimissione.

7) “S.O.S. Terapia” (ASL 3 – Osp. Amedeo di Savoia).

Organizzazione ed attività nel poliambulatorio polivalente per A.I.D.G.

8) **“Tra umanizzazione ed efficienza”** (ASL 15 – Polo oncologico Cuneo – Hospice Busca).

Obiettivo: accompagnare il paziente nell’ultima fase della vita.

Continuità assistenziale garantita da MMG-ADI con presa in carico globale del paziente.

Personale: sanitario infermieristico, medico coordinatore, gruppi di auto-aiuto.

Aperto un Centro Oncologico Diurno (COD).

9) **“Educazione sanitaria in diabetologia”** (ASO S. Luigi - Orbassano).

Le complicanze del diabete sono prevedibili e da combattere con stili di vita adeguati: il paziente diabetico deve essere responsabilizzato nella terapia.

L’equipe da 10 anni realizza momenti di incontro per piccoli gruppi (45 minuti) con argomenti incentrati sul come vivere a lungo nonostante il diabete: come ridurre l’ipertensione, la lipemia mediante l’esercizio fisico, la dieta oltre la terapia specifica.

10) **“Sperimentazione di modelli di assistenza infermieristica nell’umanizzazione dei Servizi”** (Infermieri tirocinanti ASO S. Luigi - Orbassano).

Presentati vari modelli di assistenza infermieristica come un “passo verso la consapevolezza”.

11) **“Umanizzazione e Ospedali liberi dal fumo”** (ASL 9 - Ivrea).

Migliorare la comunicazione significa non lasciare solo il fumatore, che va motivato per il cambiamento. Da escludere l’approccio medico intimidatorio, si tratta di un percorso del fumatore integrato tra facilitatore e conduttore del gruppo, ambulatorio del fumo, MMG.

Utile anche il materiale informatore come mezzo di comunicazione (collegamento con il progetto Regionale HPH “Ospedali liberi dal fumo”).

12) **“Il manuale delle procedure infermieristiche”** (Presidio Sanitario Gradenigo).

Modello operante di assistenza infermieristica che accompagnando il paziente dal momento dell’ingresso in ospedale, durante la degenza fino alla dimissione pone le capacità di accoglienza e comunicazione ai primi posti del curriculum dell’infermiere professionale.

Linee di sviluppo da proporre all’Assessorato Regionale alla Sanità dopo la Conferenza Regionale sul Progetto HPH “Umanizzazione dei Servizi Sanitari”

La conferenza è risultata una importante occasione per “socializzare” il percorso del Progetto HPH e per conoscere valide esperienze condotte a livello locale.

È evidente che il percorso non può interrompersi: rappresentando la sperimentazione del

Protocollo di accoglienza il nucleo centrale del Progetto ne è derivata la necessità della elaborazione di linee guida di comportamento per la corretta gestione di relazioni problematiche, valide per tutte le aziende della Regione. Determinati momenti di comunicazione e di informazioni (spiegazioni sulle terapie, situazioni emotivamente intense, comunicazione di diagnosi, ecc.) non possono essere lasciati alla buona volontà dei singoli operatori, ma debbono diventare un “modus operandi” condiviso. Il corso di formazione programmato del gruppo si è proposto di “formare i formatori” con l’obiettivo di creare un gruppo docenti in grado di utilizzare le capacità acquisite per una ricaduta a cascata sul restante personale.

Pur avendo i partecipanti al corso espresso soddisfazione, sono emerse difficoltà per il completo raggiungimento di alcuni obiettivi prefissati, per cui occorreranno ulteriori momenti di approfondimento da parte del gruppo di lavoro con il coinvolgimento dell’Assessorato alla Sanità: miglior articolazione del corso da estendersi a tutte le rimanenti aziende regionali, eventuali diverse tipologie di corso da sperimentare.

Le tappe del Progetto dovranno comportare il proseguimento della sperimentazione delle linee guida di comportamento evidenziate dal documento e la successiva nuova distribuzione dei questionari per la valutazione dei risultati ottenuti.

-

-

d) ”Abuso sui minori e violenza sulle donne”

Aziende Sanitarie partecipanti: 2 (capofila: O.I.R.M. S. Anna - Torino)

Obiettivi del Progetto

Fin dal 1997 sono stati attuati numerosi corsi di sensibilizzazione e formazione degli operatori dell’Azienda sulle problematiche legate ai primi accertamenti per le donne vittime di violenza e maltrattamenti.

Nel 2000 il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale ha approvato il progetto proposto dalla Direzione Generale e dal Comitato Pari Opportunità dell’ASO O.I.R.M. S. Anna, che nel 1998 era stata ufficialmente inserito nella Rete piemontese degli HPH, in cui sono stati individuati i seguenti obiettivi:

- Fornire strumenti di riqualificazione professionale agli operatori dell’Azienda nell’ambito territoriale di competenza del progetto per rispondere alla domanda di assistenza da parte di donne e minori che subiscono violenza.
- Fornire strumenti teorici e pratici per far fronte in modo concreto e realistico alle problematiche delle donne violentate.
- Consentire l’acquisizione di una base di conoscenze teorico-tecniche per l’elaborazione partecipata di un linguaggio comune allo scopo di favorire la comunicazione.
- Utilizzare all’interno dell’esperienza formativa, il patrimonio di esperienze personali già in possesso delle operatrici sanitarie e delle altre istituzioni rendendole visibili all’esterno promovendo una rete di coordinamento tra servizi ospedalieri e territoriali.

In attuazione del progetto sono stati affrontati i vari aspetti epidemiologici, relazionali, tecnico-

professionali, medico-legali, giuridici, con particolare evidenza per l'accoglienza nella fase acuta di domanda di assistenza, il ruolo delle Associazioni di Volontariato, l'integrazione tra interventi sanitari e sociali.

Relativamente alle tematiche della violenza, abusi e maltrattamenti sulle donne si prevede l'obiettivo di "prevenire gli episodi di violenza contro le donne e migliorare l'assistenza alle donne che hanno subito violenza" con le azioni di:

1. Formazione del personale del Pronto Soccorso e offerta attiva di assistenza.
2. Favorire l'emersione dal sommerso del fenomeno della violenza valutando l'attività secondo gli indicatori di:
 - a) percentuali del personale delle strutture di primo intervento coinvolto in programmi di formazione;
 - b) percentuali di donne assistite appropriatamente sul totale dei casi di violenza segnalati.

L'ASO OIRM S. Anna ha prodotto un manuale tascabile “

Diamo un nome alla violenza: buone pratiche per operatori sanitari “ che costituisce uno strumento informativo di immediate consultazioni per gli operatori, al fine di sensibilizzare un aumento di consapevolezza sulla complessità tematica correlata alla violenza: occorre dare una risposta ai bisogni di assistenza della vittima, aiutarla a riappropriarsi del proprio corpo, senza rischiare di farle violenza una seconda volta e raccogliere tutte le informazioni e le eventuali prove biologiche utili ad un eventuale iter giudiziario.

L'utilità di questo manuale è stata confermata da alcuni dati significativi emersi da una ricerca interna all'azienda, confrontati con dati tratti dalla letteratura, sfatando alcune credenze comuni.

- Il 55,4% degli operatori interpellati sulla violenza domestica afferma che è un fenomeno diffuso tra le classi socialmente e culturalmente inferiori, mentre per la letteratura interessa ogni stato sociale, economico e culturale senza differenza di razza, religione o età.
- L'87% degli operatori attribuisce all'uso di alcol e di droghe la causa della violenza, negata dalla letteratura con il 74% di episodi di violenza registrati in assenza di consumo di alcol.
- Lo stupratore per il 48,3% degli operatori non è in grado di controllare i propri impulsi sessuali: studi statunitensi indicano che il 71% degli stupratori hanno progettato la violenza e che l'81% di essi ha utilizzato un'arma o ha minacciato la vittima di ulteriori violenze o di morte.
- Per il 21% degli operatori una donna non può essere violentata contro la sua volontà: questo mito rimanda al grado di resistenza fisica della vittima e non tiene conto dell'uso delle armi, delle minacce e del fattore sorpresa.
- Il 40% degli operatori ritiene che a causare la violenza sia la donna: questa affermazione sposta la responsabilità sulla vittima, anche se l'unico ad avere commesso il crimine è l'aggressore.

Linee di sviluppo da proporre all'Assessorato alla Sanità sul Progetto "Abuso sui minori e violenza sulle donne".

Il Comitato Pari Opportunità ed il Gruppo di lavoro sulla violenza alle donne dell'ASO OIRM S. Anna di Torino, sulla base dell'esperienza dell'Azienda Ospedaliera Mangiagalli di Milano "Soccorso Violenza Sessuale", oltre ad avere promosso un'azione positiva mirata alla formazione di operatori addetti ad un servizio specifico (come descritto in precedenza), hanno proposto l'apertura di un **"Centro Medico Specialistico integrato contro la violenza alle donne"** nella prospettiva di un lavoro in rete in cui accanto all'intervento ginecologico, ruolo primario si pongono in relazione varie figure professionali, quali operatori sanitari, psicologi e assistenti sociali in collaborazione con istituzioni ed associazioni.

Centro Medico Specialistico come luogo di riferimento scelto dalle vittime, ma anche un servizio al quale soggetti istituzionalmente diversi sono tenuti a fare riferimento: polizia, MMG, altri servizi del territorio, associazioni di volontariato.

- Una ulteriore possibilità di sviluppo del Progetto si è avuta con la piena disponibilità alla partecipazione (turni ecc.) offerta da un gruppo di circa 50 ginecologhe, alcune dipendenti dell'ASO OIRM S. Anna, altre da diverse Aziende di Torino e Provincia, con contratti di lavoro diversificati, altre ancora libero professioniste.
- Il Servizio di Medicina Legale dell'ASL1, convenzionato con l'ASO OIRM S. Anna, ha dato la propria disponibilità a collaborare, anche con turni di reperibilità, al futuro servizio

Sono finora mancati i passi istituzionali necessari per reperire i fondi per l'apertura del Centro, per il quale esistono già concrete disponibilità di varie professionalità, sia interna sia esterna all'Azienda (ginecologhe, medici legali, assistenti sociali, psicologi).

È inoltre auspicabile una sinergia tra diverse istituzioni sanitarie ed assistenziali (Comuni, Provincia, Regione) in un'ottica di rete per accelerare la realizzazione del Centro, oggetto di analisi e di progettazione partecipata fin dal 1996.

Progetti Locali HPH (1998-2002)Elenco

- 1) Nutrizione e Salute (Progetto AMACA e Gianburrasca – ASL 1).
- 2) Informazioni sul lavoro (ASL 2).
- 3) Infortuni sul lavoro (ASL 4).
- 4) Infezioni ospedaliere (ASL 4).
- 5) Certificazioni Laboratorio Analisi chimico-cliniche (ASL 7).
- 6) Indagini sulla qualità percepita (ASL 7).
- 7) Malnutrizione e Salute (ASL 9).
- 8) Infezioni ospedaliere (ASL 17).
- 9) Ritardo evitabile nell'IMA (ASL 17).

- 10) Nutrizione e Salute (ASL19).
- 11) Assistenza Infermieristica (ASL 20).
- 12) Certificazione Qualità nel Servizio di ristorazione ospedaliera Ospedale Tortona (ASL 20).
- 13) Dimissione precoce della puerpera e del neonato (ASL 22).
- 14) Miglioramento qualità nella relazione paziente – infermiere – medico (ASL 22).
- 15) Miglioramento qualità della vita nel malato terminale (ASL 22).
- 16) D.H. illuminato (ASL 22).
- 17) Infortuni sul lavoro (ASO CTO-Torino).
- 18) Prevenzione traumatismi in genere e cranici in particolare (ASO CTO-Torino).
- 19) Qualità dei dati contenuti nella scheda nosologica (ASO OIRM S.ANNA-Torino).
- 20) Ospedale amico del bambino e promozione allattamento al seno (ASO S.ANNA-Torino).
- 21) Mobbing e lavoro femminile in una ASO (ASO OIRM-S.ANNA-Torino).
- 22) Il paziente diabetico e dislipidemico: l'educazione come prevenzione della patologia cardiovascolare (ASO S.Luigi-Orbassano).
- 23) Accoglienza: triage in Pronto Soccorso (ASO S.Luigi-Orbassano).
- 24) Miglioramento qualità dell'assistenza infermieristica (ASO S.Croce-CN).
- 25) Informazioni al paziente ricoverato: questionario (ASO S.Croce-CN).
- 26) Malnutrizione e Salute (ASO S.Croce-CN).
- 27) Sicurezza sul posto di lavoro (Pr. Gradenigo-Torino).
- 28) Indagine conoscitiva sulla qualità dell'informazione fornita alla persona sottoposta ad intervento cardiocirurgico. (Pr. Gradenigo-ASO S.Giovanni Battista-Torino).
- 29) Centralità del paziente e percorso clinico cataratta (ASO Maggiore Carità-NO).
- 30) Analisi degli aspetti etici emergenti nella pratica dei professionisti sanitari (Ospedale Mauriziano – Torino).
- 31) Curare, educare... (Ospedale Mauriziano – Torino).