



## **GERBERA D'ORO 2016**

**XV GIORNATA NAZIONALE DEL SOLLIEVO**

**29 MAGGIO 2016**

Premio “Gerbera d’oro”, offerto dalla Fondazione Nazionale “Gigi Ghirotti” e dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ad una struttura sanitaria che si sia distinta per il buon funzionamento dei servizi alla persona in tema di terapia al dolore

il progetto vincitore

i progetti "menzionati"

"piccoli, ma belli", focus su alcuni significativi progetti minori selezionati dalla Commissione di valutazione

**Il Dossier contenente tutti i progetti che hanno partecipato all'edizione 2016 "Gerbèra d'oro" può essere consultato sul sito [www.regioni.it](http://www.regioni.it) - sezione Sanità**

**FONDAZIONE NAZIONALE GIGI GHIROTTI**  
**CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME**  
**XV GIORNATA NAZIONALE DEL SOLLIEVO 2016**

**Premio Gerbèra d'oro 2016**

**i criteri di valutazione**

A decorrere dall'anno 2006 è stato istituito il premio “**Gerbèra d'oro**” che la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome assegna come riconoscimento ad una struttura sanitaria nazionale che, muovendo dalla considerazione della centralità della persona malata, si sia distinta nel sollievo dal dolore e nell'affrancamento dalle sofferenze inutili, non solo attraverso le terapie più avanzate, ma anche con il sostegno psicologico e la capacità di rapportarsi umanamente.

Una Commissione mista formata dalle Regioni Piemonte, Veneto, Umbria, Emilia-Romagna, Toscana, Lombardia, Puglia dalla Segreteria della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e dalla Fondazione Nazionale Gigi Ghirotti seleziona ogni anno i progetti pervenuti, accompagnati da documentata motivazione, individuando le strutture meritevoli di ricevere il premio.

**Ai fini della valutazione, i progetti – già in corso sul territorio – dovranno caratterizzarsi per:**

- **l'innovazione;**
- **l'originalità nonché l'esportabilità in altri contesti;**
- **risultati raggiunti in termini di rapporto costi/benefici alla persona sofferente gli aspetti di umanizzazione e di coinvolgimento di chi presta le cure**

**Progetto vincitore**  
**Premio Gerbèra d'oro 2016**

**Regione Puglia**

**Struttura: Fondazione "Opera Santi medici Cosma e Damiano – Bitonto Onlus"**

titolo del progetto

**"Verso una città del benessere solidale. La forza della marginalità: costruire,  
abitare, curare"**

**Scheda:** #11

**Nome Struttura:** Fondazione "Opera Santi Medici Cosma e Damiano - Bitonto - Onlus"

**Regione:** Puglia

**Indirizzo:** Piazza Mons. Aurelio Marena, 34

**Sito di Riferimento:** [www.santimedici.org](http://www.santimedici.org)

**Resp. Struttura:** don Vito Piccinonna

**Assess. proponente:** Assessorato alle Politiche per la Salute - Regione Puglia

**Titolo del Progetto:** Verso una città del benessere solidale. La forza della marginalità: costruire, abitare, curare

**Data:** 01/01/2013 - 31/12/2018

**Descrizione/Obiettivi:** Il progetto innovativo "Verso una città del benessere solidale. La forza della marginalità: costruire, abitare, curare" intende mettere in luce la possibilità di coniugare la pianificazione urbanistica territoriale con quella socio-sanitaria. Nessuna programmazione territoriale può essere avulsa dall'analisi dei bisogni dello stesso territorio.

Ed è proprio in quest'ottica che la Fondazione "Opera Santi Medici Cosma e Damiano - Bitonto - Onlus" di intesa con la Fondazione Villa Giovanni XXIII e in piena sinergia con il Comune di Bitonto hanno elaborato un progetto che va nella direzione di una "città del benessere solidale".

L'idea di fondo è stata quella di capire quale modello di città può adeguarsi ai bisogni del territorio e quali risposte richiede.

L'intesa operativa tra la Fondazione Santi Medici e Villa Giovanni XXIII ha fatto maturare alcune profonde convinzioni rispetto al modello di città vivibile, che implica l'idea della solidarietà che si contrappone al modello imperante dell'individualismo e della frammentarietà, della sicurezza e del posto che questa sa riservare alle fasce deboli.

Ed è partendo da queste convinzioni che si è cercato di promuovere, sostenere e realizzare la "città vivibile" attraverso la creazione, nella medesima area urbana, di alcune strutture socio-sanitarie-assistenziali che piace definire "opere-segno" quali: l'Hospice - Centro di Cure Palliative, la Casa Alloggio per malati di Aids, il Centro diurno e residenziale per malati di Alzheimer, la Casa di Accoglienza per le famiglie dei malati residenti nelle varie strutture.

**Obiettivi:** Il primo obiettivo è quello di abitare il territorio.

La città diventa vivibile se lo si "abita", ossia se si recupera la solidarietà, la condivisione, la preoccupazione e la cura delle preoccupazioni. Abitare il territorio non inteso solo come spazio e luogo geografico, ma come dato antropologico degli uomini e delle donne. La città che diventa "ospedale da campo" per accogliere e sostenere le fragilità.

Abitare il territorio significa, dunque, prendere a cuore le povertà e le contraddizioni del territorio stesso inteso come luogo di incontro delle persone, come crocevia dei vissuti, delle storie e delle biografie.

Il secondo obiettivo è quello "aver cura". Se non sempre si può guarire, sempre si può curare. E il modo migliore per "curare" non è entrare in un rapporto di isolazionismo con se stessi, ma curare sé e l'altro è passare da una identità ad un'altra identità.

**Risultati:** Il principale risultato atteso dalla filiera dei servizi socio-sanitari-assistenziali del territorio è quello non solo di alleviare tutte le forme di dolore fisico e/o psicologico legato alle patologie del fine vita o della demenza, ma anche di creare la cultura della solidarietà e di elaborare le buone prassi della solidarietà che si intendono "esportare" nella città metropolitana dopo averle sperimentate con successo nei comuni di ambito.

La marginalità, dunque, diventa una forza trainante per la messa in campo di una prassi di accoglienza solidale sia nei confronti di chi vive la malattia, sia nei confronti della sua famiglia di cui ci si fa carico e ci si prende cura.

**Allegati:** #11 - Schema\_Premio\_Gerbera\_2016 - Progetto.pdf

***Verso una città del benessere solidale.  
La forza della marginalità: costruire, abitare, curare***

|  |   |
|--|---|
| Nome Struttura:<br><b>Fondazione<br/>"Opera Santi Medici Cosma e Damiano-<br/>Bitonto-Onlus"</b> | Indirizzo<br><b>Piazza Mons. Aurelio Marena, 34<br/>Tel.: 0803715025<br/>Fax: 0803757470<br/>E-mail: <a href="mailto:fondazione@santimedici.org">fondazione@santimedici.org</a></b> |
| Nome Responsabile Struttura:<br><b>don Vito Piccinonna</b>                                       | Regione:<br><b>Puglia</b>   |

DESCRIZIONE DEL PROGETTO/INIZIATIVA:

Il progetto innovativo ***“Verso una città del benessere solidale. La forza della marginalità: costruire, abitare, curare”*** intende mettere in luce la possibilità di coniugare la pianificazione urbanistica territoriale con quella socio-sanitaria. Nessuna programmazione territoriale può essere avulsa dall’analisi dei bisogni dello stesso territorio.

Ed è proprio in quest’ottica che la Fondazione "Opera Santi Medici Cosma e Damiano - Bitonto - Onlus" di intesa con la Fondazione Villa Giovanni XXIII e in piena sinergia con il Comune di Bitonto hanno elaborato un progetto che va nella direzione di una ***“città del benessere solidale”***.

L’idea di fondo è stata quella di capire quale modello di città può adeguarsi ai bisogni del territorio e quali risposte richiede.

L’intesa operativa tra la Fondazione Santi Medici e Villa Giovanni XXIII ha fatto maturare alcune profonde convinzioni rispetto al modello di città vivibile, che implica l’idea della solidarietà che si contrappone al modello imperante dell’individualismo e della frammentarietà, della sicurezza e del **posto che questa sa riservare alle fasce deboli**.

Ed è partendo da queste convinzioni che si è cercato di promuovere, sostenere e realizzare la ***“città vivibile”*** attraverso la creazione, nella medesima area urbana, di alcune strutture socio-sanitarie-assistenziali che piace definire ***“opere-segno”*** quali: ***l’Hospice - Centro di Cure Palliative***, la ***Casa Alloggio per malati di aids***, il ***Centro diurno e residenziale per malati di Alzheimer***, la ***Casa di Accoglienza per le famiglie dei malati residenti*** nelle varie strutture.

Tale filiera di servizi, che si pone nella logica di affiancarsi alle strutture socio-sanitarie pubbliche, rappresenta un modello innovativo per tutto il meridione perché tenta realizzare un nuovo esempio di welfare che concretizza in modo concreto quella sussidiarietà verticale

e circolare riconosciuta e tutelata dalla carta costituzionale.

Ed è ovvio che per costruire questa *città vivibile* non si può prescindere dal recuperare anche un altro aspetto di città: la **città educativa che educa la comunità**.

In relazione a quest'ultimo obiettivo da circa un anno la Fondazione Santi Medici ha elaborato un progetto di ricerca con l'Università degli Studi di Padova denominato "**I luoghi dell'attraversamento**" che si propone di affrontare con un gruppo target di 500 giovani di otto Scuole Secondarie di Secondo Grado della città metropolitana le problematiche legate alla morte e al morire, approfondendo le tematiche legate alla dignità dell'individuo, al dolore globale e alla qualità della vita.

Inoltre, la stessa Fondazione Santi Medici con l'Università degli Studi di Bari ha elaborato il **Premio Nazionale di Medicina**, consistente in borse di studio, rivolto a giovani medici e ricercatori in campo socio-sanitario con specifico riguardo alle tematiche su evidenziate.

Queste sono state le premesse per elaborare una progettazione di medio/lungo termine che dal 2013 sta cambiando non solo l'assetto urbanistico della città di Bitonto, attraverso la realizzazione delle strutture di cui sopra, ma che sta riqualificando e rigenerando il territorio anche dal punto di vista culturale cercando di far passare l'idea che la marginalità è una risorsa e una chiave di lettura promozione dell'area urbana.

Bitonto nelle sue articolazioni socio-sanitarie-assistenziali come "svolta sociale" di una intera comunità.

#### **OBIETTIVI:**

Prima di declinare gli obiettivi specifici di ciascun centro residenziale è necessario soffermarsi su due obiettivi generali che sottendono alla "città vivibile".

Il primo obiettivo è quello di **abitare** il territorio.

La città diventa vivibile se lo si "abita", ossia se si recupera la solidarietà, la condivisione, la preoccupazione e la cura delle preoccupazioni. **Abitare il territorio** non inteso solo come spazio e luogo geografico, ma **come dato antropologico degli uomini e delle donne**. La città che diventa "ospedale da campo" per accogliere e sostenere le fragilità.

Abitare il territorio significa, dunque, prendere a cuore le povertà e le contraddizioni del territorio stesso inteso come luogo di incontro delle persone, come crocevia dei vissuti, delle storie e delle biografie. Prendere a cuore che si può declinare anche con "**aver cura**".

**Se non sempre si può guarire, sempre si può curare**. E il modo migliore per "curare" non è entrare in un rapporto di isolazionismo con se stessi, ma curare sé e l'altro è passare da una identità ad un'altra identità.

Curare è non limitarsi alla sola relazione «io/tu» ma vivere la relazione dell'«eccomi/tu» dove l'io si depotenzia e ci si pone in atteggiamento di "grembo" nei confronti dell'altro (Levinas).

Abitare il territorio e prendersi cura delle povertà: sono i due obiettivi che rappresentano il denominatore comune degli obiettivi specifici dei servizi socio-sanitari-assistenziali della Fondazione Santi Medici e di Villa Giovanni XXIII che brevemente si elencano:

- Somministrare terapie sintomatiche e di supporto, per il contenimento e il controllo del dolore nel fine vita;
- Permettere ai malati di superare situazioni di crisi difficilmente controllabili a casa;
- Sollevare le famiglie di tutto il carico assistenziale;
- Sostituire la casa quando quella dell'ammalato non sia idonea o quando il malato è solo;
- Offrire un supporto medico di tipo day-hospital;
- Accogliere persone affette dal morbo di Alzheimer o altre forme di demenza in stato avanzato e/o severo della malattia;
- Rivalutare le residue capacità della persona attraverso la realizzazione di programmi individuali e fornire prestazioni ed interventi volti a rispondere ai bisogni complessi che richiedono un'attenzione "olistica" alla persona;
- Accogliere e supportare le famiglie dei residenti quando queste non sono domiciliate nel comune di Bitonto;
- Realizzare attività educative e informative con particolare riferimento ai temi dell'accoglienza di quanti vivono situazioni di forti marginalità e del fine vita.

#### **RISULTATI:**

Il principale risultato atteso dalla filiera dei servizi socio-sanitari-assistenziali del territorio è quello non solo di alleviare tutte le forme di dolore fisico e/o psicologico legato alle patologie del fine vita o della demenza, ma anche di creare la cultura della solidarietà e di elaborare le buone prassi della solidarietà che si intendono "esportare" nella città metropolitana dopo averle sperimentate con successo nei comuni di ambito.

La marginalità, dunque, diventa una forza trainante per la messa in campo di una prassi di accoglienza solidale sia nei confronti di chi vive la malattia, sia nei confronti della sua famiglia di cui ci si fa carico e ci si prende cura.

In particolare, i risultati attesi sono:

- recupero e/o mantenimento delle capacità psicofisiche, motorie, manuali e di socializzazione;
- superare in ambienti protetti quelle situazioni di crisi difficilmente controllabili a casa;
- riduzione, anche temporaneamente, per le famiglie del carico assistenziale.

## **SCHEDE RIASSUNTIVE DEI SERVIZI RESIDENZIALI OFFERTI**

**L'HOSPICE "AURELIO MARENA"** (*Fondazione "Opera Santi Medici Cosma e Damiano - Bitonto - Onlus"*) ha avviato la sua attività nel 2007. È una struttura residenziale predisposta ad accogliere 30 malati in fase avanzata e inguaribile che non possono essere seguiti adeguatamente al proprio domicilio. Essa si integra con l'Assistenza Domiciliare Oncologica e con il ricovero ospedaliero in un modello di assistenza integrata a tre dimensioni. Si basa sui principi fondamentali della medicina palliativa, cioè la cura globale della persona nella fase più avanzata della malattia inguaribile, facendosi carico dei suoi bisogni fisici, psicologici, spirituali e religiosi e coinvolgendo la famiglia come oggetto e soggetto di cura. L'attività assistenziale dell'Hospice è in continua evoluzione e attraverso l'aggiornamento dei propri operatori nelle cure palliative e nella terapia del dolore. Numerose sono state sino ad oggi le giornate di formazione che hanno visto il coinvolgimento di esperti nazionali come: il Dott. Vittorio Ventafridda della Federazione Italiana Cure Palliative, il Dott. Giovanni Zaninetta della Domus Salutis di Brescia, il Dott. Bruno Vespa della Fondazione Nazionale "Gigi Ghirotti" di Roma, il Prof. Franco Henriquet dell'Associazione "Gigi Ghirotti" di Genova, il Dott. Luciano Onder, giornalista Rai, il Sen. Sergio Zavoli, *autore del libro "Il dolore inutile"*, Padre Angelo Brusco, formatore e counselor camilliano e tanti altri. L' Hospice che rappresenta la prima struttura realizzata in Puglia è un riferimento tangibile e oltremodo significativo della medicina palliativa per tutto il territorio pugliese.

La **CASA ALLOGGIO "RAGGIO DI SOLE"** per malati di Aids, (*Fondazione "Opera Santi Medici Cosma e Damiano - Bitonto - Onlus"*) la prima ed unica sorta nella Regione Puglia, ed una delle poche in tutto il Mezzogiorno d'Italia. È stata la scelta coraggiosa di condividere la vita degli ammalati di Aids, intrapresa nell'anno 1998, nonostante le innumerevoli difficoltà. L'intento è quello di fornire una risposta concreta di accoglienza a coloro che sperimentano quotidianamente il netto rifiuto sociale e che vivono il dramma della malattia, vissuta anche come occasione di povertà e di emarginazione. In questo senso "Raggio di Sole" vuole essere il luogo per la rinascita interiore, per il recupero della familiarità perduta e delle relazioni nel contesto sociale. Dispone di 17 posti letto e si avvale di figure professionali quali medici, infermieri, psicologi, operatori specializzati, e volontari. Ad oggi ha accolto ed assistito 36 malati. Tante sono le testimonianze di apprezzamento e di soddisfacimento che continuano a pervenire sia da parte delle Istituzioni che dai parenti e ospiti.

**IL CENTRO ALZHEIMER (*Onlus Villa Giovanni XXIII*)** è stato realizzato per dare una risposta integrata (socio assistenziale e socio sanitaria), flessibile e personalizzata, lungo il percorso della malattia, ai malati di Alzheimer ed altre forme di demenza e alle loro famiglie. Gli aspetti di specializzazione, innovazione, sperimentazione del Centro sono stati definiti e validati dall'Ente Comune di Bitonto con l'ASL Bari, coniugando le più recenti conoscenze sulle implicazioni dell'ambiente terapeutico e le modalità di assistenza ai malati del morbo di Alzheimer.

È costituito da:

- Centro diurno integrato
- Modulo residenziale socio sanitario.

Il *Centro diurno integrato* è rivolto all'accoglienza di 30 persone affette dal morbo di Alzheimer o altre forme di demenza allo stadio iniziale della malattia che per il loro declino cognitivo e funzionale esprimono bisogni non sufficientemente gestibili a domicilio per l'intero arco della giornata.

Assicura sostegno e terapie riabilitative per rallentare il processo di decadimento psico-fisico, per evitare l'isolamento relazionale e sociale e per dare sollievo alle famiglie.

Il Modulo residenziale è, invece, rivolto all'accoglienza di 20 persone affette dal morbo di Alzheimer o altre forme di demenza allo stadio avanzato-severo della malattia, con gravi disturbi comportamentali e/o con disturbi del ritmo sonno veglia.

Nel *Modulo socio sanitario* vengono erogate prestazioni e servizi alberghieri inclusivi della somministrazione dei pasti, assistenza tutelare, prestazioni medico-infermieristiche, educativo-riabilitative ed in particolare:

- cura della persona, igiene, parrucchiere/barbiere, podologo;
- aiuto nello svolgimento di attività quotidiane: assunzione del cibo, cura di sé;
- assistenza medica specialistica;
- assistenza psicologica;
- sostegno protesico non farmacologico (relazione individuale con l'operatore per ridurre gli stati d'ansia e di agitazione);
- supervisione e somministrazione della terapia farmacologica;
- ristorazione (colazione, coffee break, pranzo, merenda e cena);
- attività di riabilitazione cognitiva;
- attività di ri-orientamento spazio temporale;
- attività ludico-ricreative e occupazionali (cucina, ortoterapia, giardinaggio, laboratori vari, pet-terapy, musicoterapia, etc...).

La **CASA DI ACCOGLIENZA PER FAMIGLIE** (*Fondazione "Opera Santi Medici Cosma e Damiano - Bitonto - Onlus"*) è una struttura a carattere residenziale destinata alle famiglie che non sono domiciliate nella città di Bitonto e che i cui parenti entro il II grado sono accolti temporaneamente presso le strutture socio-sanitarie di cui sopra.

La struttura dispone di:

- 20 posti letto con stanze singole e/o doppie fornite di servizi igienici;
- sala soggiorno;
- sala da pranzo;
- cucina attrezzata per la preparazione dei pasti.

Qualora la famiglia non sia in grado di provvedere alla preparazione del proprio pasto, la Fondazione offre anche un servizio mensa.

Inoltre, per tutto il tempo di permanenza delle famiglie è garantito un servizio di lavanderia-stireria degli indumenti degli ospiti.

Nell'ambito dell'assistenza globale la Fondazione promuove inoltre un servizio di sostegno psicologico oltre che un percorso di accompagnamento spirituale.

Bitonto, 13 maggio 2016



Il Presidente della Fondazione  
*don Vito Piccinonna*

## **Progetti menzionati**

### **Regione Emilia Romagna**

Struttura: Rete delle cure Palliative AUSL di Bologna

titolo del Progetto: **“La presa in cura di cure palliative precoci dell’Azienda USL di Bologna”**

### **Regione Lombardia**

Struttura: Direzione generale ATS di Bergamo

titolo del Progetto: **“Chi è il caregiver oggi?”**

### **Regione Veneto**

Struttura: Azienda ULSS3 di Bassano

titolo del Progetto: **“Donne per le Donne”**

**Scheda:** #9

**Nome Struttura:** Rete delle Cure Palliative AUSL di BOLOGNA

**Regione:** Emilia-Romagna

**Indirizzo:** Rete delle Cure Palliative , Ospedale Bellaria, Via Altura 3, 40139. Bologna

**Sito di Riferimento:** [www.ausl.bologna.it](http://www.ausl.bologna.it)

**Resp. Struttura:** Danila Valenti

**Assess. proponente:** Assessorato alle politiche della salute

**Titolo del Progetto:** LA PRESA in CURA di CURE PALLIATIVE PRECOCI dell'AZIENDA USL di BOLOGNA

**Data:** 03/01/2011 - 31/12/2015

**Descrizione/Obiettivi:** L'AUSL di Bologna ha sviluppato un Progetto di Presa in carico in CURE PALLIATIVE PRECOCI e SIMULTANEE( CPP) .

La presa in cura in CCP permette l'accompagnamento graduale della persona malata e della famiglia nel difficile e complesso percorso di una malattia inguaribile. L'accompagnamento prevede la corretta e personalizza gestione di tutti i sintomi somatici, compreso il dolore, il supporto alla sofferenza psicologica e ai bisogni spirituali. L'accompagnamento prevede una comunicazione onesta ( CO) con la persona malata. La CO tiene conto della profonda differenza che esiste fra sostenere una speranza (compatibile con la consapevolezza del limite della propria vita e che permette scelte adeguate e coerenti con la realtà della situazione che il malato è messo nelle condizioni di valutare) e alimentare un'illusione (che impedendo un esame di realtà non permette di fare scelte in linea con quelle che il malato farebbe se fosse consapevole). L'illusione impedisce di fatto alla persona malata di avere una buona qualità di vita: questa è infatti strettamente legata alle aspettative che si hanno rispetto al tipo di vita che ci si aspetta di dover vivere. Ridurre la distanza ( "Gap di Calman") fra la vita che la malattia ti obbliga a vivere e l'idea della vita che si pensa di poter tornare a vivere, aiuta ad accettare e ad apprezzare la vita che si sta vivendo, rendendo più facilmente raggiungibile la migliore qualità di vita possibile durante la malattia, primo obiettivo delle CPP. L'attività ambulatoriale con la Presa in Cura di CCP, iniziata nel 2011, è arrivata a completa sistematizzazione e con il supporto di un nuovo sistema informatizzato creato ad hoc per il progetto, con la possibilità di raccolta dati sistematica dal 2013. Per l'attività di Cure Palliative Precoci è stata realizzata la Centrale di Coordinamento della Rete delle Cure Palliative e sono stati attivati/sistematizzati 12 ambulatori per Presa in Cura in CCP, 5 dei quali in collaborazione con il terzo settore ( ANT e Fondazione Hospice MTC Seràgnoli), distribuiti equamente nell'ambito dell'Area metropolitana dell'AUSL di Bologna per favorire l'accesso in prossimità della propria abitazione. E' stato realizzato un opuscolo (Allegato) che viene, dopo i lunghi colloqui , eventualmente lasciato alla famiglia che ha così successivamente la possibilità di ritrovare e ripercorrere i passaggi del colloquio eseguito con l'equipe della RCP.

**Obiettivi:** 1)Presa in cura globale del malato e della famiglia con trattamento di tutti i sintomi somatici compreso il dolore , correlati alla malattia ;2) CO: cercare di raggiungere gradualmente e delicatamente la consapevolezza massima possibile per quella persona, in quel momento della malattia, in quel contesto familiare, rispettandone sempre il bisogno reale di sapere o di non sapere; 3) supporto dei i bisogni psicologico-relazionali del malato e della sua famiglia, spesso preoccupata (legittimante ma non sempre appropriatamente) di una acquisizione di consapevolezza di una diagnosi o di una prognosi che pure sa che il malato intuisce, senza tuttavia avere la possibilità di condividere con altri la propria preoccupazione, riducendo così la sofferenza; 4) sostegno ed aiuto nelle scelte terapeutiche per la persona malata e nella programmazione del percorso di cura: la consapevolezza con speranza, ma senza illusione, permette scelte di fine vita coerenti e in linea con il concetto di qualità di vita che ciascuno ha in sé, nelle diverse fasi della malattia; 5)conseguente riduzione del numero di persone che decedono in ospedale e aumento del numero di persone che decedono al domicilio e in Hospice , espressione della migliorata acquisizione di consapevolezza rispetto all'evoluzione della malattia e alle scelte di fine vita.

**Risultati:** Sono stati presi in cura 520 Pazienti e famiglie nel 2013; 862, nel 2014 e 883 nel 2015. Analizzando il luogo del decesso dei 526 Pazienti deceduti nel 2014, solo il 16% dei Pazienti presi in cura in CCP sono deceduti in ospedale. Anche nell'anno 2015 : dei 440 pazienti deceduti al 31/12/2015 degli 883 presi in carico in Cure Palliative Precoci solo l'11 % è deceduto in ospedale. Questo dato ha determinato , di conseguenza, una importante cambiamento dei dati complessivi di mortalità oncologica per sede, nell'AUSL di Bologna. La sede di decesso dei pazienti con Tumore (complessiva) in AUSL di Bologna si è progressivamente modificata dal 2011 al 2015, riducendosi progressivamente la mortalità in Ospedale dal 45,2%,nel 2011, al 32,6 % nel 2015. Sono aumentati al contrario, il numero di persone malate di tumore deceduti al domicilio (dal 26,1% del 2011 al 31,7 del 2015) e in Hospice (dal 22,0% del 2011 al 28,3 del 2015), espressione della migliorata acquisizione di consapevolezza rispetto all'evoluzione della malattia e alle scelte di fine vita.

**Allegati:** #9 - NUOVA RELAZIONE 2015- 2014 2013 RETE DELLE CURE PALLIATIVE PRECOCI 2013-2015 AUSL di BOLOGNA 11 maggio 201.pdf

# Rete delle Cure Palliative dell'AUSL di Bologna

Attività della Rete delle Cure Palliative Precoci  
ANNI 2013 - 2014 -2015

**Iniziativa in ambito del Fondo per la Modernizzazione 2010-2011-2012 della Regione Emilia Romagna -  
Articolazione Area Tematica: A13)**  
Titolo del Progetto: **Sviluppo della Rete delle Cure palliative: integrazione ospedale - territorio attraverso equipe  
multidisciplinari e interprofessionali.**  
Codice Unico di Progetto: E35J11000410002

Iniziativa in ambito del Fondo per la Modernizzazione 2010-2011-2012 della Regione Emilia Romagna -

Articolazione Area Tematica: A13)

Titolo del Progetto: Sviluppo della Rete delle Cure palliative: integrazione ospedale - territorio attraverso equipe multidisciplinari e interprofessionali.

Codice Unico di Progetto: E35J11000410002

Danila Valenti : Responsabile della Rete delle Cure Palliative , AUSL di Bologna  
 Fabrizio Moggia : Responsabile Assistenziale della Rete delle Cure Palliative , AUSL di Bologna  
 Francesca Mezzetti , Referente Organizzativo PDTA Cure Palliative ( fino al 2015)  
 Susanna Bottazzi,; Rete della Rete delle Cure Palliative , AUSL di Bologna  
 Rita Cristiani :Rete della Rete delle Cure Palliative , AUSL di Bologna

L'attività clinico-assistenziale descritta nel presente lavoro è stata garantita da :

|                     |                         |
|---------------------|-------------------------|
| Anagni Giorgio      | Marraffa Ferruccio      |
| Benati Leda         | Mezzanotte Samantha     |
| Berzioli Carlotta   | Mineo Maurizio          |
| Bottazzi Susanna    | Moggia Fabrizio         |
| Bonarelli Francesca | Moroni Matteo           |
| Fortuzzi Anna       | Pallotti Maria Caterina |
| Frenquelli Catia    | Pagliaro Gioacchino     |
| Gaiba Fabio         | Roman Anna              |
| Giordani Stefano    | Samolsky Adir           |
| Giulioti Cristina   | Tanari Antonella        |
| Guglielmi Sabina    | Valenti Danila          |

L'attività della Rete delle Cure Palliative è stata elaborata dal GLAM ( Gruppo di Lavoro Metropolitano) :

|                                  |                    |
|----------------------------------|--------------------|
| Berzioli Carlotta                | Manai Giovanna     |
| Camanzi Maurizio                 | Mezzetti Francesca |
| Celin Daniela                    | Moggia Fabrizio    |
| Coveri Maura                     | Mineo Maurizio     |
| Frezza Giovanni                  | Tanari Antonella   |
| Giordani Rosanna ( fino al 2015) | Valenti Danila     |
| Giordani Stefano                 |                    |

L'attività di Assistenza Sociale è stata garantita da: Giovanna Manai, Laura Pedrini , Loretta Tognacci, Sara Taddia , Fiorenza Righi , Silvia Bacilieri , Gianluca Brozzi , Barbara Niccoli , Minelli Monica

Il Progetto RIA è stato elaborato dal Gruppo di

|                   |                |
|-------------------|----------------|
| Gordini Giovanni  | Righini Elisa  |
| Mengoli Francesca | Valenti Danila |
| Moggia Fabrizio   |                |

Si ringraziano per la fattiva collaborazione i colleghi della Medicina Generale , dell' UOSD di Oncologia Metropolitana e Cure Palliative, dell' UOC di Oncologia Ospedale Bellaria, delle UO di Medicina Interna, Geriatria , Pneumologia, Gastroenterologia e Chirurgia e Neurochirurgia dell'Azienda AUSL di Bologna

18 aprile 2016 , Bologna

## Sommario

|  |    |
|--|----|
| PREMESSA.....  | 4  |
| LA RETE delle CURE PALLIATIVE: situazione attuale.....                         | 6  |
| La centrale di coordinamento della rete della cure palliative.....             | 6  |
| La presa in carico ambulatoriale di cure palliative.....                       | 6  |
| ATTIVITA' di CONSULENZA di CURE PALLIATIVE in OSPEDALE.....                    | 9  |
| ASSISTENZA DOMICILIARE.....  | 10 |
| RICOVERO in HOSPICE.....   | 10 |
| PROGETTO INTERDIPARTIMENTALE: RIANIMAZIONE – PSICOLOGIA – CURE PALLIATIVE..... | 12 |
| INTERVENTI DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE.....                                  | 14 |
| FORMAZIONE IN CURE PALLIATIVE.....   | 15 |
| DATI ATTIVITÀ 2013.....  | 18 |
| DATI ATTIVITÀ 2014 e CONFRONTO 2014-2015.....                                  | 22 |
| Bibliografia.....  | 34 |

## PREMESSA

La **LEGGE 15 marzo 2010, n.38**, *“Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.* (10G0056) (G.U. Serie Generale n. 65 del 19 marzo 2010)” tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore.

La legge garantisce, in particolare, l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze. La legge vuole garantire un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:

- a) tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione;
- b) tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine.

Nell'INTESA della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano - 25 luglio 2012

Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 sulla proposta del Ministro della salute, di cui all'articolo 5 della legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore (Rep. n. 151/CSR)

*Al punto 2. Cure Palliative per qualunque patologia ad andamento cronico ed evolutivo per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita (L. 38/2010, art. 2, comma 1)*

Criterio: La Rete locale di Cure Palliative definisce o concorre a definire piani di intervento per poter garantire cure palliative per qualunque patologia evolutiva durante tutto il suo decorso, per ogni età ed in ogni luogo di cura...  
omissis...

Al punto 3. Operatività di equipe multi professionali dedicate, ai sensi dell'Art. 5 Comma 2 Criterio: Nella Rete locale di Cure Palliative operano equipe multiprofessionali con personale dedicato. Di tale equipe è parte integrante il medico di medicina generale. La strutturazione di base dell'equipe multi professionale costituita da medici e infermieri in possesso di adeguata formazione ed esperienza.

Recepita dalla Regione Emilia Romagna n1568/2012 *“RECEPIMENTO DELL'INTESA TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE E AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SULLA PROPOSTA DEL MINISTRO DELLA SALUTE, DI CUI ALL'ARTICOLO 5 DELLA LEGGE 15 MARZO 2010, N. 38, DI DEFINIZIONE DEI REQUISITI MINIMI E DELLE MODALITÀ ORGANIZZATIVE NECESSARI PER L'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE DI ASSISTENZA AI MALATI IN FASE TERMINALE E DELLE UNITÀ DI CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE. REP. ATTI N. 152/CSR DEL 25 LUGLIO 2012”*

Sulla base di questa normativa nazionale l'AUSL di Bologna ha sviluppato la Rete di Cure Palliative, che dal 22 aprile 2013 ha attivo un punto unico di accesso (Centro di Coordinamento della Rete della Cure Palliative) al quale accederanno tutte le richieste di visita ambulatoriale di Cure Palliative e di Consulenza di Cure Palliative (presso le U.O.). I pazienti e i familiari saranno contattati telefonicamente, e sulla base della residenza, invitati a presentarsi a visita ambulatoriale nella sede preferita o più vicina alla residenza del paziente.

Attualmente il percorso prevede la possibilità di segnalare la presa in carico di Cure Palliative da parte di:

- Medico Specialista (Oncologo, Radioterapista, Chirurgo, Pneumologo, Chirurgo, Medicina Interna, Neurologo, ecc.)
- Medico di Medicina Generale
- Psicologo

attraverso<sup>1</sup>:

- 1) visite ambulatoriali di Cure Palliative
- 2) consulenze ospedaliere di Cure Palliative
- 3) assistenza domiciliare ( ADI e ADI/ANT)
- 4) ricoveri in Hospice

Per l'attività di Cure Palliative Precoci sono stati realizzati 12 ambulatori ( figura 1), 5 dei quali in collaborazione con il terzo settore ( ANT e Fondazione Hospice MTC Seràgnoli)

L'attività ambulatoriale con la Presa in Carico di Cure Palliative Precoci, iniziata nel 2011, è arrivata a completa sistematizzazione e con il supporto di un nuovo sistema informatizzato creato ad hoc per il progetto, con la possibilità di raccolta dati sistematica dal 2013.

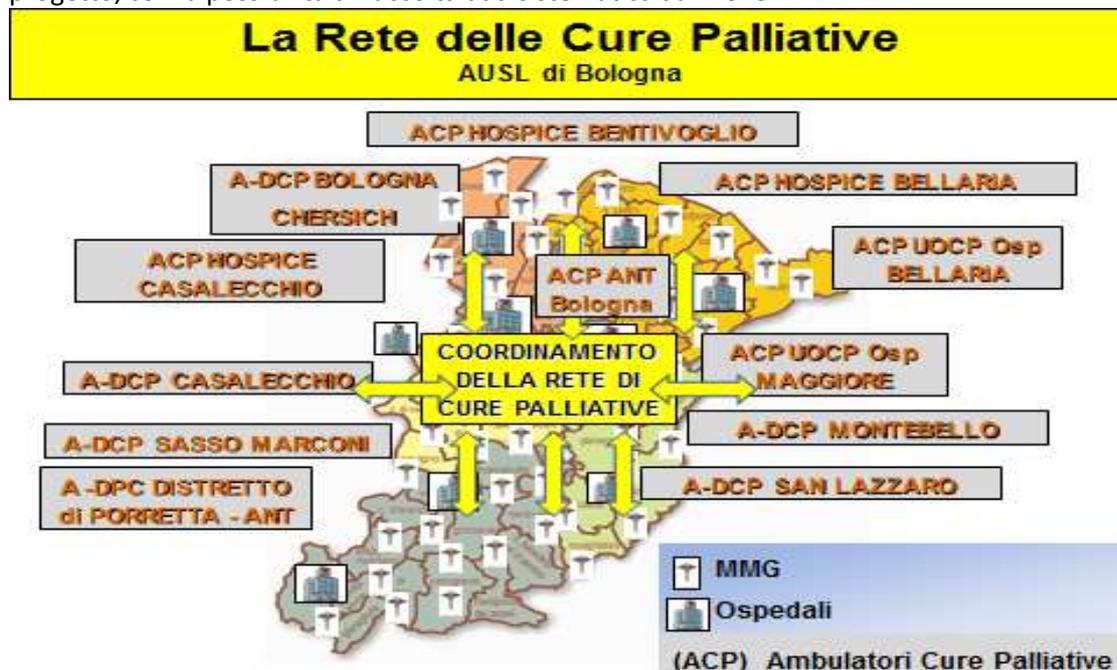


Figura 1

## ***LA RETE delle CURE PALLIATIVE: situazione attuale***

### **La centrale di coordinamento della rete della cure palliative**

La Rete Cure Palliative dell'AUSL di Bologna dal 22 aprile 2013 ha attivo un punto unico di accesso (Centro di Coordinamento della Rete della Cure Palliative) al quale accedono , attraverso il Modulo Unico di Attivazione della Rete delle Cure Palliative (vedi allegato 1) tutte le richieste di Presa in Carico Ambulatoriale di Cure Palliative Precoci ( oltre che richieste di Consulenza presso le UO, di Consulenze domiciliari, Colloquio con i Familiari, Ricovero in Hospice) ( vedi Modulo Unico di Accesso alla Rete delle Cure Palliative).

### **ATTIVITA' DEL CENTRO DI COORDINAMENTO DELLA RETE DELLA CURE PALLIATIVE DOPO LA SEGNALAZIONE**

Il Centro di Coordinamento della Rete della Cure Palliative dell'AUSL di Bologna:

- valuta la domanda
- contatta il Caregiver indicato nella richiesta per valutare la sede ambulatoriale più vicina alla residenza del Paziente o eventualmente ai parenti in cui anche temporaneamente il paziente è ospitato;
- valuta e registra le problematiche più rilevanti della presa in carico che si evidenziano durante il colloquio con il caregiver: sintomi prevalenti, fragilità clinico assistenziali, barriere architettoniche, composizione familiare, valutazione di eventuali attivazioni di servizi già esistenti;
- contatta il MMG che ha in carico il Paziente per :
  - condividere la segnalazione
  - per valutare la strategia comunicativa e clinico-assistenziale
  - e per condividere la sede più idonea per la presa in carico ambulatoriale di Cure Palliative Precoci
  - condividere le problematiche rilevate al colloquio
- se necessario (sulla base della valutazione della richiesta e/o delle indicazioni riportate dalla richiesta e/o dopo che il colloquio con il caregiver ha evidenziato problematiche da affrontare) contatta il professionista segnalante;
- contatta telefonicamente e affida via mail il personale dell'ambulatorio al quale viene affidato il paziente e la famiglia;
- invia mail riassuntiva di affidamento con indicazione delle problematiche rilevate a:
  - medico e/o infermiere segnalante,
  - MMG,
  - Medico e all'infermiere dell'Ambulatorio di Cure palliative Precoci
  - eventuale Assistente Sociale e
  - eventuale altro sanitario coinvolto nel percorso,
- invita ad inviare opportuni aggiornamenti/ comunicazioni ai sanitari coinvolti;
- raccoglie,elabora e valuta i dati clinico-assistenziali e attiva percorsi di AUDIT.

### **La presa in carico ambulatoriale di cure palliative**

#### **CRITERI DI ELEGIBILITÀ**

Sono assistiti nell'ambito dell'Ambulatorio di Cure Palliative Precoci pazienti ( asintomatici ,sintomatici o paucisintomatici (con Indice di Karnofsky compreso fra 80 e 50 ), che possono accedere all'ambulatorio con propri mezzi) e/o familiari che necessitano di una presa in carico globale di cure palliative:

- Pazienti affetti da tumore in fase metastatica, anche in concomitanza alle terapie specifiche antitumorali.
- Pazienti affetti da tumore in fase metastatica non più suscettibile di trattamento specifico.
- Familiari in difficoltà nel percorso di accettazione della consapevolezza della prognosi del congiunto (non consapevolezza della progressione di malattia e della non efficacia dei trattamenti).
- Pazienti e familiari che necessitano di un supporto nella pianificazione del percorso di cura.

Le Cure Palliative Precoci e Simultanee nel setting Ambulatoriale hanno questi criteri di eleggibilità perché:

- non sono da intendersi come cure di fine vita, ma di approccio palliativo precoce ad un paziente con malattia metastatica inguaribile ma che può ancora rispondere ai trattamenti specifici antitumorali, in condizioni cliniche buone/discrete, asintomatico, paucisintomatico o sintomatico;
- hanno lo scopo di rendere più consapevole il paziente, se possibile, e la famiglia sulla prognosi;
- sono una forma di sostegno ed aiuto nelle scelte terapeutiche al paziente, al familiare e al MMG o al medico specialista.

## CHI SEGNA LA

Il percorso prevede la possibilità di segnalare la Presa in Carico Ambulatoriale di Cure Palliative Precoci da parte di:

- Medico Specialista (Oncologo, Radioterapista, Chirurgo, Pneumologo, Chirurgo, Medicina Interna, Neurologo, ecc.), Infermiere case manager e di percorso.
- Medico di Medicina Generale.
- Psicologo.
- Assistente Sociale.

## MODALITÀ DI RICHIESTA/SEGNALAZIONE:

La segnalazione prevede l'invio al Centro di Coordinamento della Rete delle Cure Palliative dell'AUSL di Bologna (valutati i criteri di eleggibilità), il Modulo Unico di Richiesta di Attivazione Rete Cure Palliative, con richiesta di Presa in Carico Ambulatoriale di Cure Palliative Precoci.

## FINALITÀ DELLA PRESA IN CARICO VISITA AMBULATORIALE DI CURE PALLIATIVE PRECOCI

Le finalità della Presa In Carico Visita Ambulatoriale Di Cure Palliative Precoci sono le seguenti:

- presa in carico con cure palliative precoci e globali del malato e della famiglia
- trattamento di tutti i sintomi somatici, compreso il dolore, correlati alla malattia
- valutazione del livello di consapevolezza del paziente e dei familiari della prognosi della malattia e valutazione dell'opportunità di rendere più consapevole il paziente, se possibile, sulla prognosi;
- valutazione dei bisogni psicologico-relazionali del pz e della sua famiglia;
- sostegno ed aiuto nelle scelte terapeutiche per il paziente e nella programmazione del percorso di cura;
- collaborazione con MMG e/o ad altri Medici Specialisti;
- sostegno al MMG e/o ad altri Medici Specialisti nel percorso di comunicazione con il malato e la famiglia;
- collaborazione con MMG e/o ad altri Medici Specialisti per evitare chemioterapie inappropriate ed approcci di ostinazione diagnostica e terapeutica negli ultimi mesi di vita;
- accompagnamento del paziente e della famiglia nell'accettazione della fase avanzata di malattia finalizzato al raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per il malato e per la famiglia.
- ridurre il numero di decessi in ospedale

**LA COMUNICAZIONE NELLA PRESA in CURA DI CURE PALLIATIVE PRECOCI**

**( tratto dall'Opuscolo per le famiglie che viene eventualmente consegnato ai famigliari durante il colloquio di Cure Palliative Precoci)**

*La presa in carico in cure palliative precoci permette l'accompagnamento graduale della persona malata e della famiglia nel difficile e complesso percorso di una malattia inguaribile.*

*L'accompagnamento prevede una comunicazione onesta con la persona malata. Onestà non vuol dire, tuttavia, scaricare sulla persona malata "tutta la verità e tutta in una volta". Onestà vuol dire cercare di raggiungere gradualmente e **delicatamente la consapevolezza massima possibile per quella persona, in quel momento della malattia, in quel contesto familiare, rispettandone sempre il bisogno reale di sapere o di non sapere.***

*L'accompagnamento prevede anche il supporto alla famiglia nell'accettazione del percorso di consapevolezza della persona malata.*

*E' legittimo che la famiglia sia spaventata dall'idea che il proprio familiare sappia o venga informato della gravità della malattia: la famiglia ha paura che il malato, acquisendo consapevolezza, diventi depresso e non voglia più combattere. E' un timore legittimo che va riconosciuto e che la famiglia può affrontare aiutata dal personale esperto della Rete delle Cure Palliative.*

*La legge e il codice di deontologia del medico e dell'infermiere, tutelano il diritto della persona malata ad essere informata in prima persona e a conoscere la propria malattia, per poter avere gli strumenti per capire e decidere relativamente alle terapie e per fare le scelte migliori, per sé e per la propria famiglia.*

*Peraltro spesso il malato che non è stato informato della malattia o del suo peggioramento, coglie, sente che le cose sono cambiate e stanno cambiando. Per la paura, tuttavia, di chi lo circonda di affrontare il discorso della malattia, rischia di rimanere solo con i suoi inevitabili dubbi e le sue profonde paure inesprese. Rischia di non avere nessuno che l'aiuti, in maniera umana e competente, a parlare della malattia, a fare domande, a condividere le paure.*

*"Comunicare la prognosi" non significa "comunicare i tempi", "dire quanto tempo rimane".*

*Si riesce a trasmettere la comprensione della prognosi anche se non ci si sofferma sui tempi.*

*Va comunicata l'importanza e la complessità della situazione, non i tempi che spesso non siamo in grado di conoscere con precisione.*

*Tutto dipende da COME si comunica.*

***La comunicazione onesta tiene conto della profonda differenza che esiste fra sostenere una speranza (che permette scelte adeguate e coerenti con la realtà della situazione che il malato è messo nelle condizioni di valutare) e alimentare un'illusione (che impedendo un esame di realtà non permette di fare scelte in linea con quelle che il malato farebbe se fosse consapevole).***

*La speranza ha una dimensione esistenziale che non è incompatibile con la consapevolezza del limite della propria vita. L'illusione, al contrario, impedisce di fatto alla persona malata di avere una buona qualità di vita: questa è infatti strettamente legata alle aspettative che si hanno rispetto al tipo di vita che ci si aspetta di dover vivere. Ridurre le distanze fra la vita che la malattia ti obbliga a vivere e l'idea della vita che si pensa di poter tornare a vivere, aiuta ad accettare e ad apprezzare la vita che si sta vivendo, rendendo più facilmente raggiungibile la migliore qualità di vita possibile durante la malattia.*

*Se la comunicazione è condotta con umanità e trasmette alla persona malata la garanzia che mai verrà abbandonata, allora è possibile trasmettere anche il quadro clinico più grave.*

*La comunicazione deve essere onesta, rispettosa dei bisogni e dei tempi comunicativi di "quella" persona: alcuni vogliono sapere tutto della loro malattia, altri vogliono sapere solo in parte, altri ancora delegano totalmente ai familiari. Molte persone modificano il loro bisogno di sapere nel corso della malattia. Spesso si ha bisogno di comunicazioni graduali e delicate, ma veritiere.*

*Fondamentale è comprendere il bisogno di quella specifica persona e aiutarla sulla base del suo specifico e attuale bisogno. E' altrettanto importante aiutare anche i familiari a riconoscere tale bisogno, ad accettarlo e ad agire di conseguenza, affrontando e superando, per il bene del malato, le proprie difficoltà.*

**IMPEGNI DELL'AMBULATORIO DI CURE PALLIATIVE PRECOCI**

L'Equipe Multidisciplinare che opera nell'Ambulatorio di Cure Palliative Precoci, pertanto:

- 1) assicura la presa in carico globale sia del malato che della famiglia, con il controllo del dolore, degli altri sintomi disturbanti, il supporto alle problematiche psicologiche sociali e spirituali;
- 2) garantisce la Prima Visita Multidisciplinare ( medico palliativista e infermiere palliativista);
- 3) garantisce l'attivazione delle altre professionalità dell'equipe di Cure Palliative (psicologo, fisiatra, fisioterapista, nutrizionista, etc);
- 4) garantisce la valutazione della consapevolezza della diagnosi e della prognosi del paziente e della famiglia;
- 5) supporta il percorso di comunicazione della diagnosi e della prognosi;
- 6) supporta il paziente, la famiglia e il medico nei processi decisionali;
- 7) garantisce i contatti telefonici programmati necessari nella titolazione dei farmaci per il controllo del dolore e degli altri sintomi, i contatti telefonici per il supporto psico-relazionale;
- 8) garantisce e programma i controlli clinici e/o i contatti successivi;
- 9) garantisce i colloqui con la famiglia per allineare le informazioni e per valutare i bisogni psicologico-relazionali dei familiari;
- 10) garantisce il supporto relazionale e se necessario psicologico (attivando lo psicologo dell'equipe di cure palliative) al care giver e agli altri familiari;
- 11) contribuisce a contenere il ricorso a chemioterapie inappropriate e ad approcci di ostinazione diagnostica e terapeutica negli ultimi mesi di vita;
- 12) assicura l'accompagnamento del paziente e della famiglia nell'accettazione della fase avanzata di malattia finalizzato al raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per il malato e per la famiglia;
- 13) registra gli interventi, le valutazioni relative alla consapevolezza e l'evoluzione delle stesse nel corso della malattia;
- 14) garantisce contatti e confronti telefonici e via mail periodici con l'MMG, il Medico e l'Infermiere segnalanti e con il Centro di Coordinamento della Rete della Cure Palliative dell'AUSL di Bologna;
- 15) garantisce la continuità delle cure (confrontandosi con l'MMG per attivare la modalità più adeguata di assistenza domiciliare) e valuta l'inserimento in pre-lista per l'Hospice;
- 16) inviava mensilmente (entro i primi 7 giorni del mese successivo) la Scheda Riassuntiva Ambulatoriale di aggiornamento predisposta, al Centro di Coordinamento della Rete della Cure Palliative dell'AUSL di Bologna; attualmente è attivata la condivisione dei dati attraverso l'applicativo My Sanita messo a punto nell'ambito del progetto
- 17) partecipa ai processi di AUDIT della Rete della Cure Palliative dell'AUSL di Bologna.

**ATTIVITA' di CONSULENZA di CURE PALLIATIVE in OSPEDALE**Modalità di richiesta:

Il medico di Reparto invia al Centro di Coordinamento della Rete della Cure Palliative dell'AUSL di Bologna il Modulo di richiesta di Attivazione Rete Cure Palliative per la consulenza.

Criteri di elegibilità:

Può essere richiesta consulenza di Cure Palliative in ospedale per le persone con le caratteristiche dei soggetti che accedono all'attività ambulatoriale, con l'eccezione:

- paziente sintomatico o paucisintomatico (Karnofsky 50-80), che può accedere con i propri mezzi; che viene modificato come segue:

- paziente sintomatico o paucisintomatico (Karnofsky < 50)

Le finalità della consulenza di cure palliative sono le seguenti:

- presa in carico e programmazione del percorso di cure palliative, nel caso in cui non sia stato precedentemente attivato;
- continuità ospedale territorio con facilitazione del passaggio dai Medici Specialisti ai MMG;
- cure palliative;
- trattamento di tutti i sintomi somatici, compreso il dolore, correlati alla malattia;
- valutazione del livello di consapevolezza del paziente e dei familiari della prognosi della malattia e valutazione dell'opportunità di rendere più consapevole il paziente, se possibile, sulla prognosi;
- sostegno ed aiuto nelle scelte terapeutiche e assistenziali successive per il paziente;
- accompagnamento del paziente e della famiglia nell'accettazione della fase avanzata di malattia;
- valutazione dei bisogni psicologico-relazionali del paziente e della sua famiglia;
- sostegno all'equipe del reparto nelle strategie terapeutiche e comunicative (terapie dei sintomi) e nelle cure di fine vita (end of life care: rimodulazione delle terapie; sospensione o non attivazione della nutrizione artificiale; sedazione se e quando indicata);
- attivazione della rete clinico-assistenziale e sociale.

In ogni momento del percorso è possibile attivare un'assistenza domiciliare integrata (ADI, ADI/ANT) o un ricovero in Hospice attraverso le modalità previste dalle procedure aziendali.

## **ASSISTENZA DOMICILIARE**

E' possibile attivare un'assistenza domiciliare integrata (ADI, ADI/ANT), attraverso le modalità previste dalle procedure aziendali, al fine di accompagnare il paziente e la famiglia nel percorso di malattia rispondendo ai bisogni terapeutico-assistenziali secondo un PAI stilato con valutazione multidimensionale. Obiettivi di questa fase assistenziale sono il controllo sintomatologico, con particolare riguardo alla terapia del dolore, e il supporto al care-giver, privilegiando il setting domiciliare al fine di evitare ricoveri ospedalieri o accertamenti diagnostico-strumentali incongrui.

## **RICOVERO in HOSPICE**

L'Hospice non è una struttura alternativa all'ospedale o al domicilio, bensì complementare ed integrata con essi, alla quale si accede quando non risultano più adeguate le modalità assistenziali proposte da tali strutture.

### Modalità di richiesta:

Si invia una richiesta di valutazione pre-ricovero al Centro di Coordinamento della Rete delle Cure Palliative attraverso il Modulo Unico di richiesta di Attivazione Rete Cure Palliative.

### Criteri di eleggibilità:

- 1) Paziente oncologico, in fase avanzata e progressiva di malattia.
- 2) Paziente con una presumibile aspettativa di vita non superiore a sei mesi.
- 3) Con presenza di sintomi invalidanti che comportino valori di performance uguali o inferiori a 50 secondo la scala di Karnofsky (indice di autonomia).
- 4) Paziente che abbia terminato tutte le terapie specifiche ed i trattamenti invasivi volti al controllo della Neoplasia.
- 5) Paziente per il quale non sia più possibile (temporaneamente o stabilmente) l'assistenza presso il proprio domicilio:
  - a) per difficoltà nel controllo dei sintomi nonostante adeguata terapia
  - b) per assenza di almeno un familiare convivente che possa garantire una idonea assistenza
  - c) per assenza totale di supporto familiare
  - d) per necessità da parte della famiglia di supporto temporaneo
- 6) Paziente e/o familiare che accetti i principi del programma di cure palliative
- 7) Paziente non in fase agonica, se al primo accesso in hospice

## RISULTATI ATTESI DALL'IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE

1. Riduzione del numero di Pazienti oncologici deceduti in ospedale
2. Riduzione del numero di Pazienti presi in carico presso gli Ambulatoriale di Cure Palliative Precoci deceduti in ospedale
3. Incremento progressivo del numero di prese in carico ambulatoriale di Cure Palliative Precoci
4. Incremento progressivo dell'attività di consulenza ospedaliera di Cure Palliative

Il percorso della Rete delle Cure Palliative dell'AUSL di BOLOGNA è descritto nella figura 2

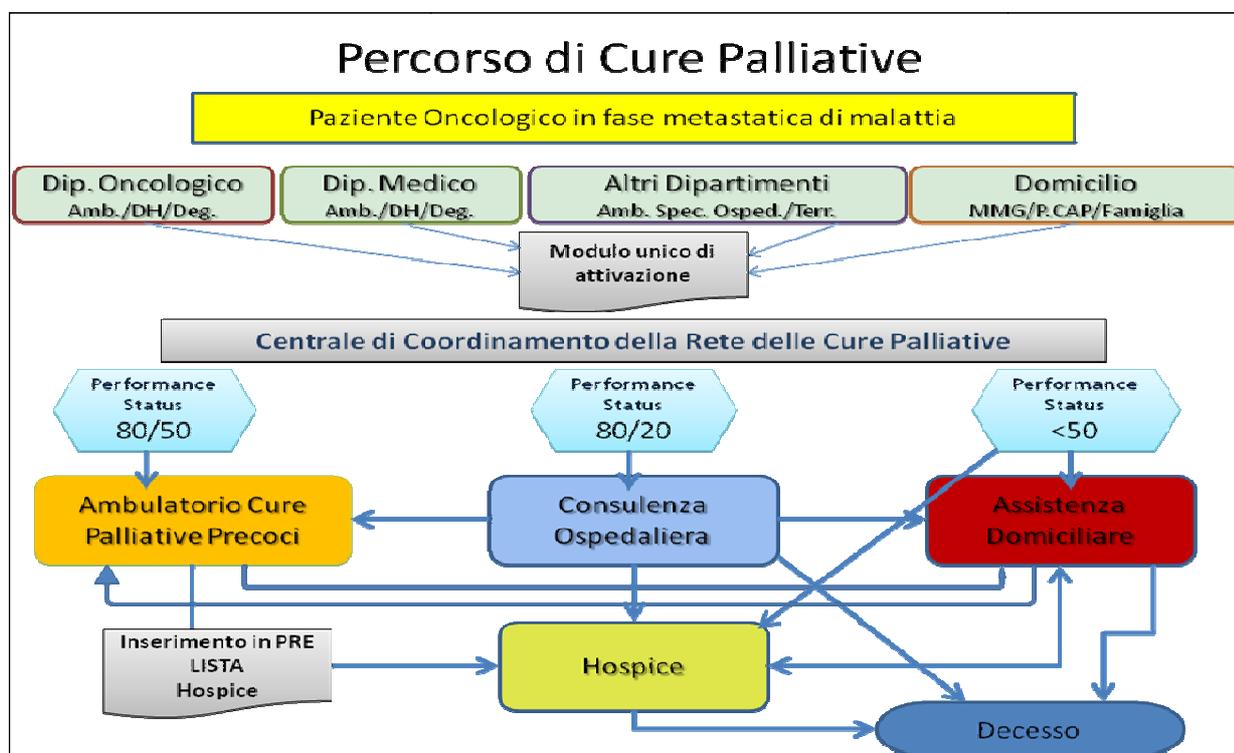


Figura 2

## **PROGETTO INTERDIPARTIMENTALE: RIANIMAZIONE – PSICOLOGIA – CURE PALLIATIVE**

**Gruppo di Coordinamento: D. Valenti, F. Moggia, E. Righini, F. Mengoli, G. Gordini**

### **Premessa**

Dal 2012, la collaborazione con la Rete delle Cure Palliative che ha consentito di avviare una profonda integrazione soprattutto per i pazienti che giungono alla fase *end stage* delle grandi insufficienze, nella quale i medici ed il team assistenziale, sono chiamati a coinvolgere il malato ed i familiari in una definizione chiara e condivisa di cosa significhino in quella fase *appropriatezza clinica e etica di trattamento*, a maggior ragione necessaria se si pensa che la terapia intensiva – di per sé aggressiva ed invasiva - possa eccedere questo limite, ed a maggior ragione fondamentale perché comunque il processo di cura deve continuare ed essere re-indirizzato verso le cure palliative.

### **I pazienti con patologie “end stage” ed “end of life care” con attivazione delle cure palliative**

In questi anni il miglioramento delle condizioni di vita e dell'assistenza sanitaria ha comportato un progressivo allungamento della vita media dei malati affetti da insufficienza cronica cardiaca, respiratoria, neurologica, renale ed epatica.

La storia naturale delle grandi insufficienze non si è però modificata continuando a essere caratterizzata da riacutizzazioni intercorrenti, ciascuna seguita inevitabilmente da un globale, progressivo scadimento della qualità di vita.

Così, nella traiettoria di malattia di questi malati è possibile individuare un punto in cui il livello di gravità rende più rare le remissioni, ne abbrevia la durata e provoca un aumento del numero dei ricoveri e della durata della degenza.

Inizia quindi la fase *end stage* delle grandi insufficienze, in vista della quale i medici, supportati dal team assistenziale, sono chiamati a coinvolgere il malato e i suoi familiari nella definizione condivisa e chiara di cosa significhino in questi casi *appropriatezza clinica e etica di trattamento*.

Questo passaggio è reso necessario dalla consapevolezza che il processo di cura non può e non deve mai essere volto soltanto alla terapia della malattia e nemmeno al solo controllo del sintomo, quanto alla presa in carico della persona con problemi di salute cronici e ingravescenti, in questo caso potenzialmente terminali. La cura della patologia è quindi utile finché procura alla persona un giovamento nel suo stesso interesse; quando la terapia – soprattutto se invasiva e intensiva – eccede questo limite, il processo di cura (che deve continuare) deve essere indirizzato verso il potenziamento delle cure ordinarie/palliative.

In sintesi, si pone il problema di equilibrare, i nuovi poteri d'intervento messi a disposizione dalla biotecnologia e dalla farmacologia (le cure intensive) tanto con la qualità della vita residua che si può ancora garantire a questi malati (in termini di proporzionalità e beneficenza), quanto (in termini di giustizia distributiva) con l'incalzante riduzione di risorse disponibili e la necessità correlata di una loro razionalizzazione.

In Italia infatti, come in molti sistemi sanitari occidentali, i medici, gli infermieri e gli altri professionisti sanitari sono oggi coscienti che le cure intensive non rappresentano comunque e sempre la risposta più appropriata alle grandi insufficienze d'organo quando giunte al grado estremo di evoluzione<sup>2</sup>.

Identificare con chiarezza un paziente per il quale sussiste il rischio di trattamenti futili e garantirne un'assistenza di qualità e appropriata alla fase della malattia rappresenta per qualsiasi operatore sanitario un'esperienza di grande impatto emotivo, spesso sottostimato. Ancora più importante, riuscire ad accompagnare la persona verso una “buona morte”, tale da renderla sopportabile e condivisibile anche dai familiari, è auspicabile ed etico.

<sup>2</sup>GRANDI INSUFFICIENZE D'ORGANO “END STAGE”: CURE INTENSIVE O CURE PALLIATIVE? “DOCUMENTO CONDIVISO”

PER UNA PIANIFICAZIONE DELLE SCELTE DI CURA - SIAARTI – GRUPPO DI STUDIO BIOETICA – Coordinatore Dr. Alberto Giannini – 30/08/2013

L'Intensivista viene frequentemente coinvolto nel processo di "end of life decision-making" nei confronti di persone che in modo ineluttabile stanno concludendo il loro ciclo vitale, per patologie neoplastiche, cronico-degenerative oppure acute, ma la cui prognosi è chiaramente infausta. In modo complementare, quando risulta evidente che l'applicazione di qualsiasi trattamento rianimatorio in questo contesto assume l'aspetto di un'ostinazione terapeutica, poiché prolunga sofferenze e nega la morte come evento naturale, deve essere intrapreso un trattamento palliativo.

**Obiettivo principale di una collaborazione sistematica tra Intensivisti e Palliativisti** è quello di trasferire la "best practice" nella qualità delle cure palliative da un setting quale può essere un hospice a qualsiasi altro contesto ospedaliero, che prevede pertanto:

1. riconoscere e prendere in carico i pazienti affidabili alla Rete delle Cure Palliative
2. riconoscere i Pazienti in "end of life care" e seguirli

#### Analisi degli elementi chiave

- Fornire strumenti agli operatori sanitari per supportarli nel riconoscimento dei pazienti con patologia end-stage, valutarne la prognosi e l'indicazione a modificare gli obiettivi terapeutici durante il corso della malattia.
- Ampliare le competenze di trasmissione di informazioni all'interno dell'équipe relative al paziente e alla famiglia.
- Identificare le possibili barriere culturali anche tra gli stessi operatori sanitari che rendono complesso l'inizio di un percorso palliativo (credere nella reversibilità del quadro clinico, motivi religiosi /medico-legali, difficoltà nelle relazioni con il paziente ed i familiari in questa fase di malattia, etc).
- Identificare quadri clinici peculiari che richiedono competenze multidisciplinari (ad esempio demenza grave, coma post-anossico, insufficienza respiratoria da SLA), per i quali la coerenza clinica e decisionale espressa dall'équipe multiprofessionale è presupposto fondamentale per una più serena e fiduciosa accettazione del percorso palliativo da parte del paziente e della famiglia.
- Saper riconoscere il livello di consapevolezza del paziente e della famiglia relativamente all'inguaribilità della malattia, realizzare con loro obiettivi raggiungibili e chiarire i limiti invalicabili.
- Saper chiedere supporto allo psicologo nella comunicazione complessa e al palliativista per l'avvio alla presa in carico della rete o per le cure di fine vita.
- Valorizzare i messaggi espressi dal paziente e dalla famiglia sulla qualità della vita e della morte, sapendo riconoscere le diverse concezioni personali.
- Assicurare il controllo della sintomatologia clinica presentata dal malato.
- Identificare percorsi formativi mirati alla comunicazione e al supporto emotivo percorribili dagli operatori sanitari, nel rispetto delle diverse culture e religioni. Allo stesso modo dovrebbe essere garantito ai medesimi un supporto psicologico qualora lo ritenessero utile, nella gestione del senso di impotenza, dei propri limiti.
- Conoscere gli strumenti per evitare di proiettare le proprie credenze e priorità su pazienti e familiari.
- Creare records, una banca dati, per giustificare l'impiego di risorse e competenze altamente specializzate.

#### Popolazione identificata

- Pazienti affetti da patologie oncologiche con malattia metastatica, anche in concomitanza alle terapie specifiche antitumorali (simultaneous palliative care ) o non più suscettibile di trattamento specifico o in fase avanzata alla diagnosi (non operabile)

- Pazienti affetti da grandi insufficienze croniche "end stage": cardiaca, respiratoria, neurologica, con ripetuti ricoveri ospedalieri.
- Pazienti "end of life" anche a seguito di politraumatismi gravi.

## INTERVENTI DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE

L'equipe di Cure Palliative una volta attivata si occuperà:

- Presa in carico e attivazione di contatti a rete con tutti i medici (compreso MMG ed eventuale Specialista), infermieri (Case manager e infermieri di riferimento nei reparti), psicologi che hanno in cura i pazienti ed i familiari.
- Cure palliative al Paziente con le caratteristiche sopra definite, per raccogliere i bisogni attuali del malato (ove possibile): bisogni clinici, psicologico-relazionali, sociali, spirituali; con eventuale attivazione dei relativi referenti (reti di referenti sociali e spirituali) della Rete delle Cure Palliative per dare la risposta adeguata ai bisogni rilevati.
- Approccio palliativo precoce attraverso una visita/colloquio con i familiari, per raccogliere i bisogni attuali del malato e della famiglia (bisogni clinici, psicologico-relazionali, sociali, spirituali) con eventuale attivazione dei relativi referenti (attraverso reti di referenti sociali e spirituali) per la Rete delle Cure Palliative per dare una risposta adeguata,
  - o di tutti i sintomi somatici correlati alla malattia;
  - o valutazione multidisciplinare del livello di consapevolezza del paziente e dei familiari della diagnosi e/o prognosi della malattia e valutazione dell'opportunità di rendere più consapevole il paziente, se possibile, sulla prognosi;
  - o valutazione multidisciplinare dei bisogni sociali.

In ognuno di queste situazioni la collaborazione attiva con il Borsista Psicologo favorisce la presa in carico dei bisogni raccolti

- Sostegno ed aiuto nelle scelte terapeutiche al malato ed alla famiglia.
- Sostegno all'equipe nelle decisioni prese, e nel trasferimento presso l'UO di Medicina/hospice ospitante.
- Accompagnamento del Paziente e della famiglia nel passaggio dalle cure attive alle cure palliative e nell'accettazione della fase avanzata di malattia.
- Supporto alla struttura ospitante nell'impostazione delle terapie palliative (nelle diverse fasi della malattia) e nelle cure di fine vita.
- Redazione della Relazione di Presa in Carico del malato e della famiglia da riportare nella Cartella Clinica del Paziente.

**FORMAZIONE IN CURE PALLIATIVE**

Nell'ambito dell'iniziativa in ambito del Fondo per la Modernizzazione 2010-2011-2012 della Regione Emilia Romagna – Articolazione Area Tematica: A13) Titolo del Progetto: Sviluppo della Rete delle Cure palliative: integrazione ospedale – territorio attraverso equipe multidisciplinari e interprofessionali(Codice Unico di Progetto: E35J11000410002) e della Formazione ECM Aziendale sono state organizzate cinque edizioni totali nei mesi di aprile, maggio, novembre, dicembre 2013, per la costituzione dei medici referenti ed infermieri facilitatori nelle Cure Palliative (Primo Livello), formazione che si è sviluppata anche negli anni successivi, ripartita come evidenziato nella tabella 2 sottoriportata:

| Dipartimento  | Infermieri | Ass. Sociali | Fisioterapisti | Medici Specialisti | MMG      | Totali     |
|---------------|------------|--------------|----------------|--------------------|----------|------------|
| Oncologico    | 17         | 0            | 0              | 7                  | 0        | 24         |
| Medico        | 62         | 0            | 3              | 14                 | 0        | 79         |
| Cure Primarie | 37         | 0            | 2              | 14                 | 7        | 60         |
| DASS          | 7          | 7            | 0              | 0                  | 0        | 14         |
| Emergenza     | 4          | 0            | 0              | 0                  | 0        | 4          |
| IRCCS         | 2          | 0            | 0              | 0                  | 0        | 2          |
| <b>Totali</b> | <b>129</b> | <b>7</b>     | <b>5</b>       | <b>35</b>          | <b>7</b> | <b>183</b> |

**Tabella 2** Medici referenti ed infermieri facilitatori nelle Cure Palliative (Primo Livello della Rete delle Cure Palliative) formati

**Percorso formativo**

Il percorso formativo si esplicava in 12 ore di formazione, articolate su tre pomeriggi di quattro ore ciascuno, a cadenza settimanale, in forma residenziale interattiva, declinata in due ore di didattica frontale e dieci di didattica attiva ed al corso sono stati attribuiti 18 crediti ECM.

Al termine del corso i partecipanti sono stati in grado di:

- riconoscere un malato inguaribile che si sta avviando in fase avanzata e terminale di malattia;
- individuare i bisogni multidimensionali del malato, espressi e inespressi (clinici, psicologici, sociali, spirituali);
- gestire gli aspetti relazionali con il malato il care-giver e la famiglia;
- gestire il senso di impotenza, proprio e della famiglia;
- riconoscere un percorso di Simultaneous palliative care;
- attivare correttamente la Rete delle Cure Palliative nei diversi nodi.

Nel 2014 sono state organizzate altre 3 edizioni del percorso formativo per il primo livello della Rete di Cure Palliative

Nel Piano Formativo Aziendale del 2015 è stata pianificata la seguente formazione trasversale rivolta al personale Medico ed infermieristico dell'Azienda USL di Bologna:

| Obiettivi di interesse formativo   | Corso   | Obiettivi   | Tipologia   | Target professionale e numerosità | Resp. Scientifico | Tempi e modi                                       | Periodo e sede  | Spesa prevista |
|--|---|---|---|-----------------------------------|-------------------|--|-----------------|----------------|
| <b>Obiettivo 2:</b><br>Verifica della qualità della cura e dell'assistenza | Corso di aggiornamento per medici referenti e infermieri facilitatori nelle Cure Palliative (Primo Livello) | Apprendere le modalità di attivazione della Rete delle Cure Palliative nei diversi setting assistenziali (ambulatoriale, consulenziale, Hospice)  | <u>Blended:</u><br>autoformazione senza tutor; residenziale interattiva | 25:<br>Medici<br>Infermieri       | Fabrizio Moggia   | 3 incontri di 4 ore ciascuno                       | Aprile-Dicembre | //             |
| <b>Obiettivo 2:</b><br>Verifica della qualità della cura e dell'assistenza | Corso di perfezionamento per medici referenti e infermieri facilitatori nelle Cure Palliative               | Acquisire competenze relazionali finalizzate al supporto della figura del caregiver e alla gestione della comunicazione con il Paziente e il familiare, per facilitare il processo di consapevolezza e la comunicazione delle cattive notizie | <u>Blended:</u><br>autoformazione senza tutor; residenziale interattiva | 25:<br>Medici<br>Infermieri       | Fabrizio Moggia   | 2 incontri di 4 ore ciascuno e 1 incontro di 2 ore | Aprile-Dicembre | //             |

### Strutturazione di incontri di Formazione in WORK/ AUDIT su casi clinici critici

- Partecipazione agli incontri di lavoro (briefing, consegne, riunioni/discussione dei casi clinici) da parte degli INFERMIERI FACILITATORI dei reparti ospedalieri, con partecipazione mensile del Medico referente per le cure palliative
- Supervisione bimestrale (a mesi alterni) dell'equipe con discussione di casi clinici da parte del medico responsabile della rete delle cure palliative AUDIT clinico :
  - o Discussione di casi clinici complessi
  - o Audit dei dati rilevati dalle scale di misurazione del dolore e delle scale di valutazione della qualità di vita.
  - o Audit dei dati di attività

Strutturazione di Incontri Trimestrali fra tutti i medici e infermieri della rete delle cure palliative (medici e infermieri palliativisti ambulatoriali, medici e coordinatori infermieristici Hospice, Oncologi territoriali, MMG di riferimento, MEDICI REFERENTI e INFERMIERI FACILITATORI dei processi clinico- assistenziali connessi all'assistenza in cure palliative presso le UUOO di Oncologia, Medicina Ospedale Maggiore e Ospedale Bellaria, Geriatria Ospedale Maggiore, Neurologia Ospedale Bellaria, Chirurgia Ospedale Maggiore, Cardiologia Ospedale Maggiore, Rianimazione Ospedale Maggiore, Terapia Intensiva e Dialisi Ospedale Maggiore. L'obiettivo è di estendere tali incontri a tutti i presidi ospedalieri dell'Azienda AUSL.

## **INDICATORI:**

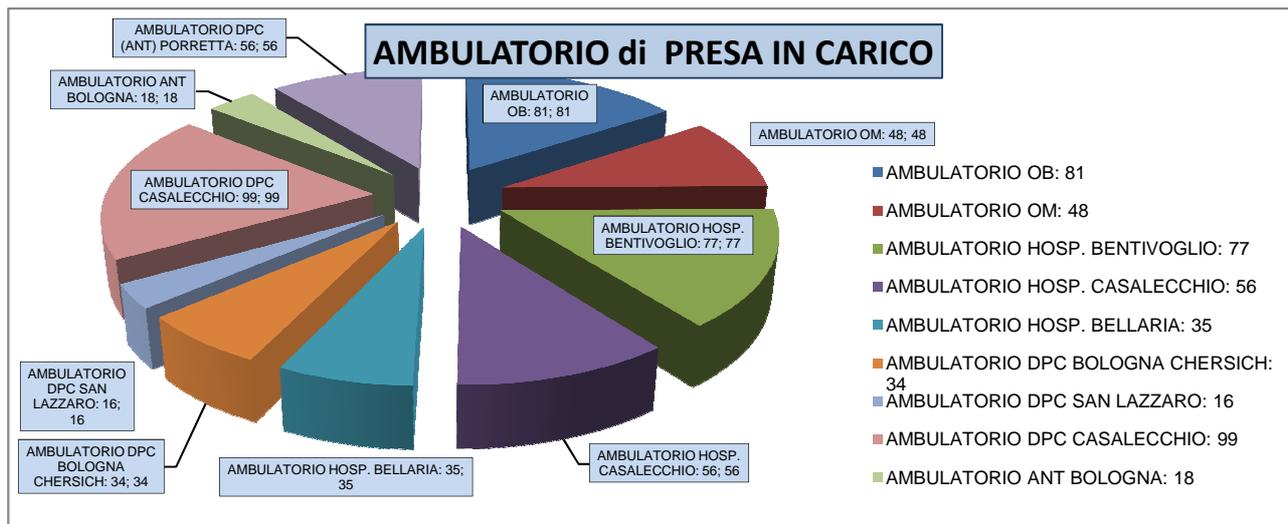
**Dal 22 aprile 2013 è iniziata la sperimentazione con il monitoraggio dei seguenti indicatori relativi alla presa in carico del paziente da parte della Rete delle Cure Palliative.**

### **INDICATORI**

1. Numero di Pazienti e famiglie Prese in Carico dalla Rete delle Cure Palliative
2. Numero di Pazienti e famiglie Prese in Carico presso gli Ambulatoriale di Cure Palliative Precoci
3. Numero e percentuale sul totale di pazienti e famiglie prese incarico per Ambulatorio di Cure Palliative
4. Numero di Pazienti e famiglie Prese in Carico con la Consulenza di Cure Palliative
5. Numero e tipologia di Consulenza Ospedaliera ( per Presa in Carico, invio in Hospice e gestione dell'End of Life di pazienti morenti)
6. Numero di segnalazioni totali e numero di segnalazioni per Struttura Segnalante
7. Contesto di erogazione della Presa in Carico
8. Tipologia di primo approccio nella Presa in Carico Ambulatoriale
9. Sede di decesso dei pazienti oncologici (Numero e percentuale di di Pazienti oncologici deceduti in ospedale/domicilio/ hospice)
10. Sede di decesso dei pazienti oncologici presi in Carico presso gli Ambulatoriale di Cure Palliative Precoci(Numero e percentuale di di Pazienti oncologici deceduti in ospedale/domicilio/ hospice)

## DATI ATTIVITÀ 2013

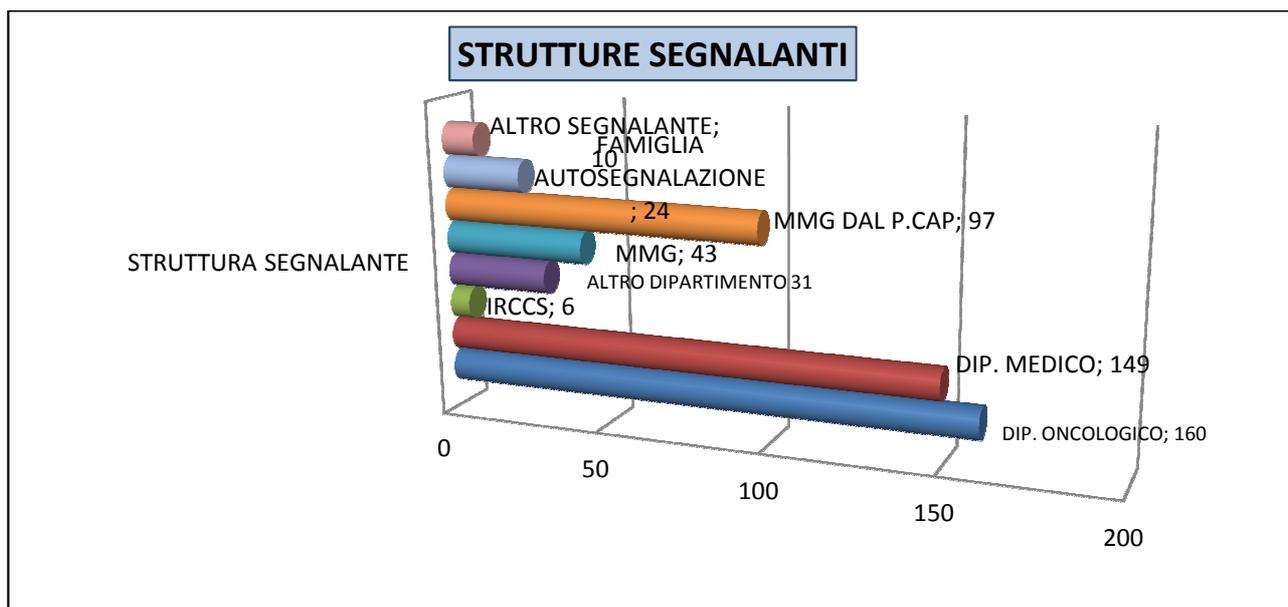
Di seguito si riporta l'attività dal 22 aprile al 31 dicembre 2013, che hanno visto coinvolto 520 Pazienti e Famiglie prese in carico attraverso i 10 ambulatori di Cure Palliative presenti sul territorio (figura 3)



Attività dal 22 aprile al 31 dicembre 2013: **520** Pazienti e Famiglie prese in carico

Figura 3

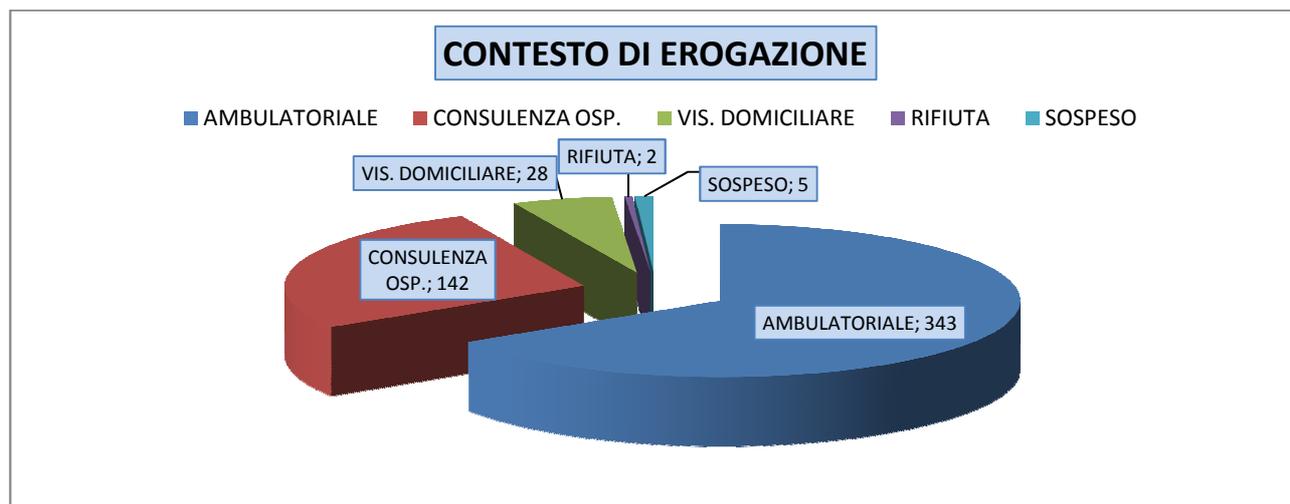
Anche grazie alla formazione erogata sempre nello stesso anno si può evidenziare dal grafico sottoriportato (figura 4) la provenienza delle strutture segnalanti



Attività dal 22 aprile al 31 dicembre 2013: **520** Pazienti e Famiglie prese in carico

Figura 4

Il contesto di erogazione della prima visita di Cure Palliative è prevalentemente ambulatoriale come si può notare dalla figura 5, ma dobbiamo sottolineare che una parte dell'attività di consulenza ospedaliera è rivolta a Pazienti in fase End of Life, anche in conseguenza del progetto sopracitato.



Attività dal 22 aprile al 31 dicembre 2013: **520** Pazienti e Famiglie prese in carico

**Figura 5**

Di seguito riportiamo una breve leggenda di chiarificazione del grafico:

AMBULATORIALE: il Paziente è stato visitato con la famiglia presso uno dei 10 ambulatori

CONSULENZA OSP.: Il Paziente è stato preso in ospedale e poi indirizzato ad ambulatorio o a presa in carico domiciliare o hospice

VIS. DOMICILIARE: Alla valutazione della richiesta le condizioni non permettevano una presa in carico ambulatoriale e sono stati presi in carico in ADI o ADI/ANT su richiesta del MMG

COLLOQUIO FAMILIARE: i visita con i familiari senza il Paziente per chiarimenti e delucidazioni sull'assistenza

END OF LIFE OSPEDALIERO: consulenza ospedaliera per accompagnamento al fine vita di Pazienti che decedono entro le 72 ore

HOSPICE: Alla valutazione della richiesta le condizioni non permettevano una presa in carico ambulatoriale e sono stati presi in carico in hospice

RIFIUTA: Alla valutazione della richiesta il Paziente/famiglia rifiutava la presa in carico

SOSPESO: Alla valutazione della richiesta il Paziente/famiglia chiedeva tempo prima della presa in carico

Nella tabella 3 sotto riportata si evidenziano gli intervalli di tempo fra due momenti importanti nella presa in carico di cure palliative:

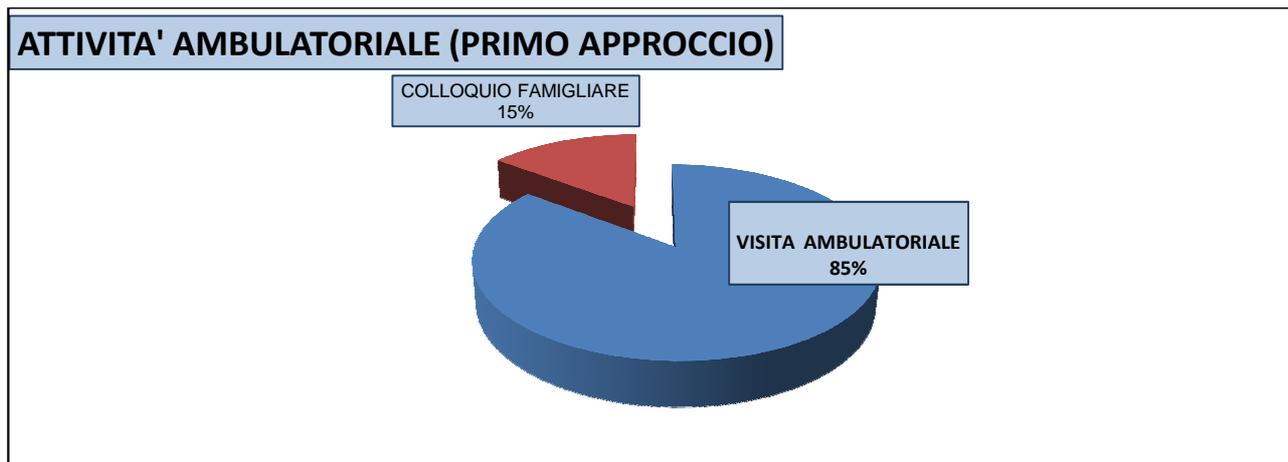
Si ricorda che prima della presa in carico in Cure Palliative il Coordinamento all'atto della ricezione della segnalazione provvede a:

- primo colloquio telefonico con il Paziente/Caregiver,
- prima raccolta dei bisogni più urgenti,
- scelta concordata della sede ambulatoriale più vicina al Loro domicilio/residenza in accordo con l'MMG

|                | Segnalazione e Presa in carico | Presa in carico e prima visita |
|----------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <b>MEDIA</b>   | 3                              | 5                              |
| <b>MODA</b>    | 1                              | 1                              |
| <b>DEV.ST.</b> | 6,04                           | 10,71                          |
| <b>MEDIANA</b> | 1                              | 1                              |
| <b>MAX</b>     | 96                             | 195                            |
| <b>MIN</b>     | 1                              | 1                              |

**Tabella 3**

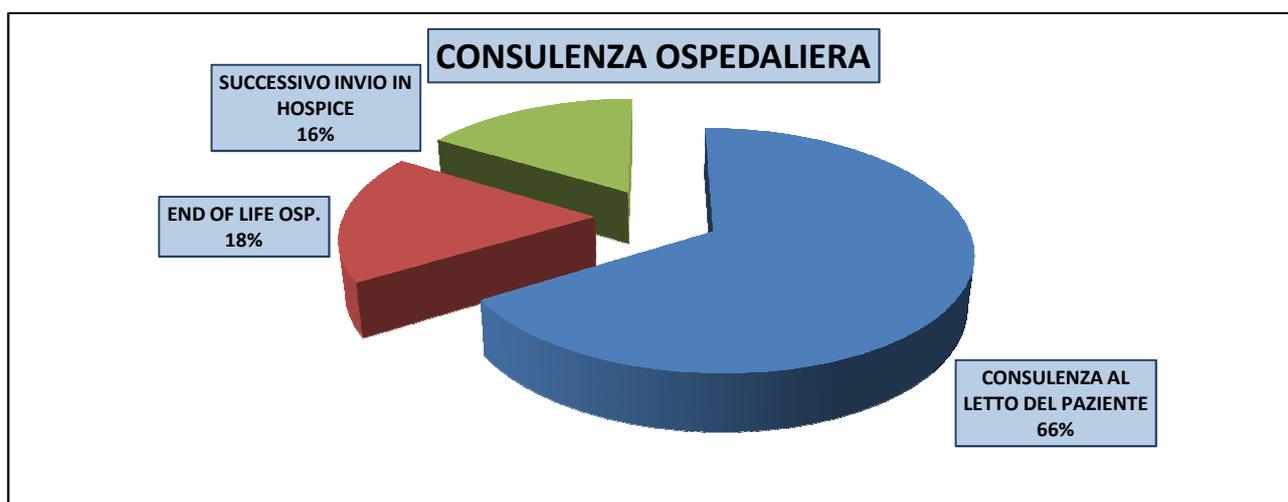
Nel grafico riportato nella figura 6 si può notare come il 15% della prima presa in carico ambulatoriale sia destinato ad un colloquio familiare che molto spesso è propedeutico alla successiva visita con il Paziente per aiutare la famiglia ad esprimere quei dubbi e domande che sarebbero condizionate dalla presenza contemporanea del Paziente.



Attività dal 22 aprile al 31 dicembre 2013: Dei **520** Pazienti e Famiglie, **343** sono stati presi in carico in Ambulatorio (di cui il primo approccio è avvenuto nell'**85%** dei casi con il paziente e nel **15%** dei casi solo con un colloquio con i familiari)

Figura 6

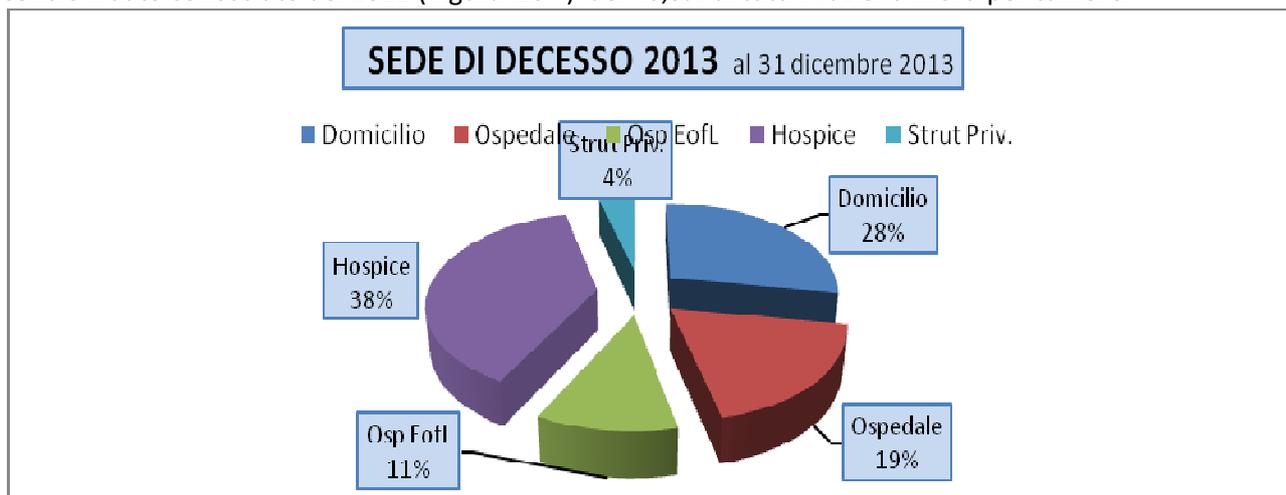
Relativamente alla consulenza ospedaliera nel grafico successivo (figura 7) si può notare come anticipato come su 142 Pazienti visti il 18% era per un accompagnamento al fine vita di Pazienti che sono deceduti entro le 72 ore, mentre il 16% le condizioni non permettevano una presa in carico ambulatoriale e sono stati presi in carico in hospice.



Attività dal 22 aprile al 31 dicembre 2013: **520** Pazienti e Famiglie prese in carico di cui : **142** Pazienti presi in carico in **CONSULENZA**

Figura 7

Abbiamo analizzato il luogo del decesso dei 248 Pazienti deceduti che erano stati presi in carico a partire dal 22 aprile 2013 come da grafico sotto riportato e si può notare che la prevalenza dei decessi è avvenuta presso gli hospice, ma abbiamo voluto stratificare il dato dei decessi in ospedale ed abbiamo evidenziato come solo il 19% dei Pazienti presi in carico dalle Cure Palliative Precoci (figura 8) sono deceduti in ospedale contro il dato conosciuto del 2012 ( figura 20 ) del 40,5% di tutti i Pazienti morti per tumore.

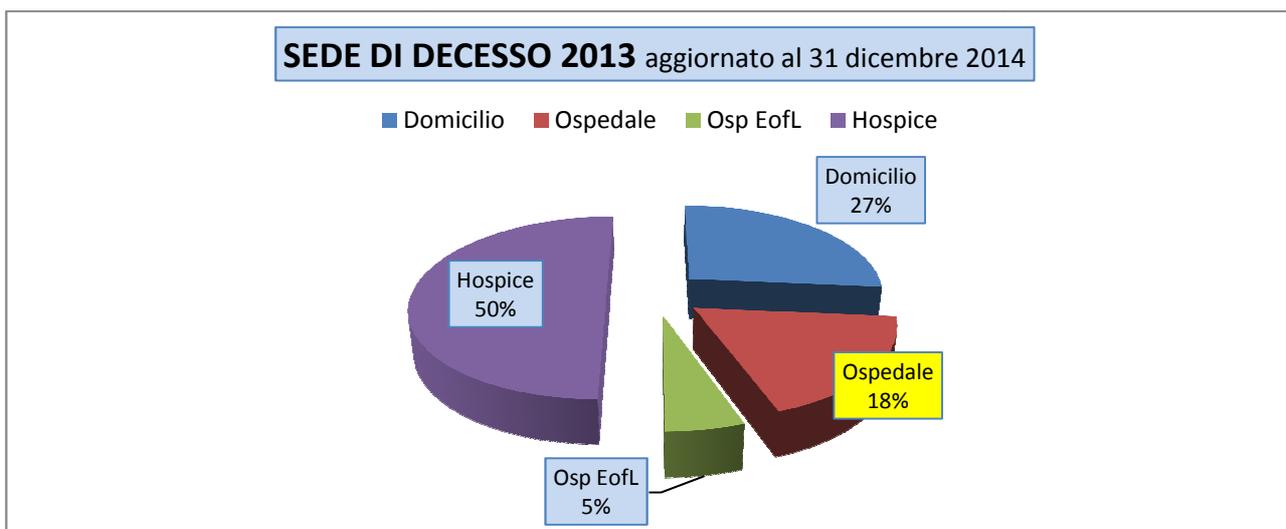


Attività dal 22 aprile al 31 dicembre 2013:

Sede di decesso dei **224** pazienti deceduti al 31/12/2013 dei **520** Presi in carico

Figura 8

L'elaborazione dei dati effettuata a distanza di 1 anno, ha evidenziato che il numero dei pazienti deceduti al 31 dicembre 2014 ( dei 520 presi in carico nel 2013) era 312 e di questi solo il 18% dei pazienti presi in carico in Cure Palliative Precoci è deceduto in Ospedale (escludendo sempre i Pazienti a cui abbiamo garantito le cure palliative in Ospedale in End of Life ), come si evidenzia nella Figura 8 bis.



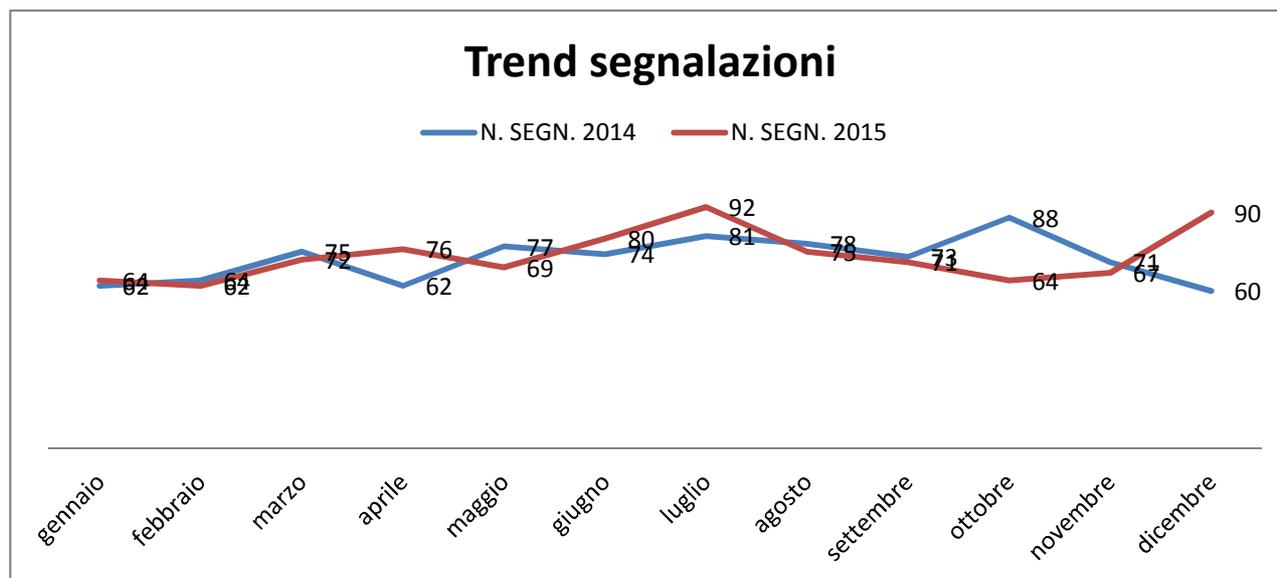
Attività dal 22 aprile al 31 dicembre 2013:

Sede di decesso dei **312** pazienti deceduti al 31/12/2014 dei **520** Presi in carico

Figura 8 bis

## DATI ATTIVITÀ 2014 e CONFRONTO 2014-2015

Di seguito si riporta il trend dell'attività dal 1 gennaio 2014 al 31 dicembre 2015, che hanno visto coinvolto rispettivamente 865 Pazienti e Famiglie prese in carico nel 2014 mentre nel 2015 sono state 883, attraverso i 12 ambulatori di Cure Palliative presenti sul territorio (Fig. 9)



Attività 2014-2015 : Andamento delle segnalazioni di presa in carico per anni stratificato per mesicomparate per anno, 2014 e 2015 : **862** Pazienti nel 2014 e **883** Pazienti nel 2015

Figura 9

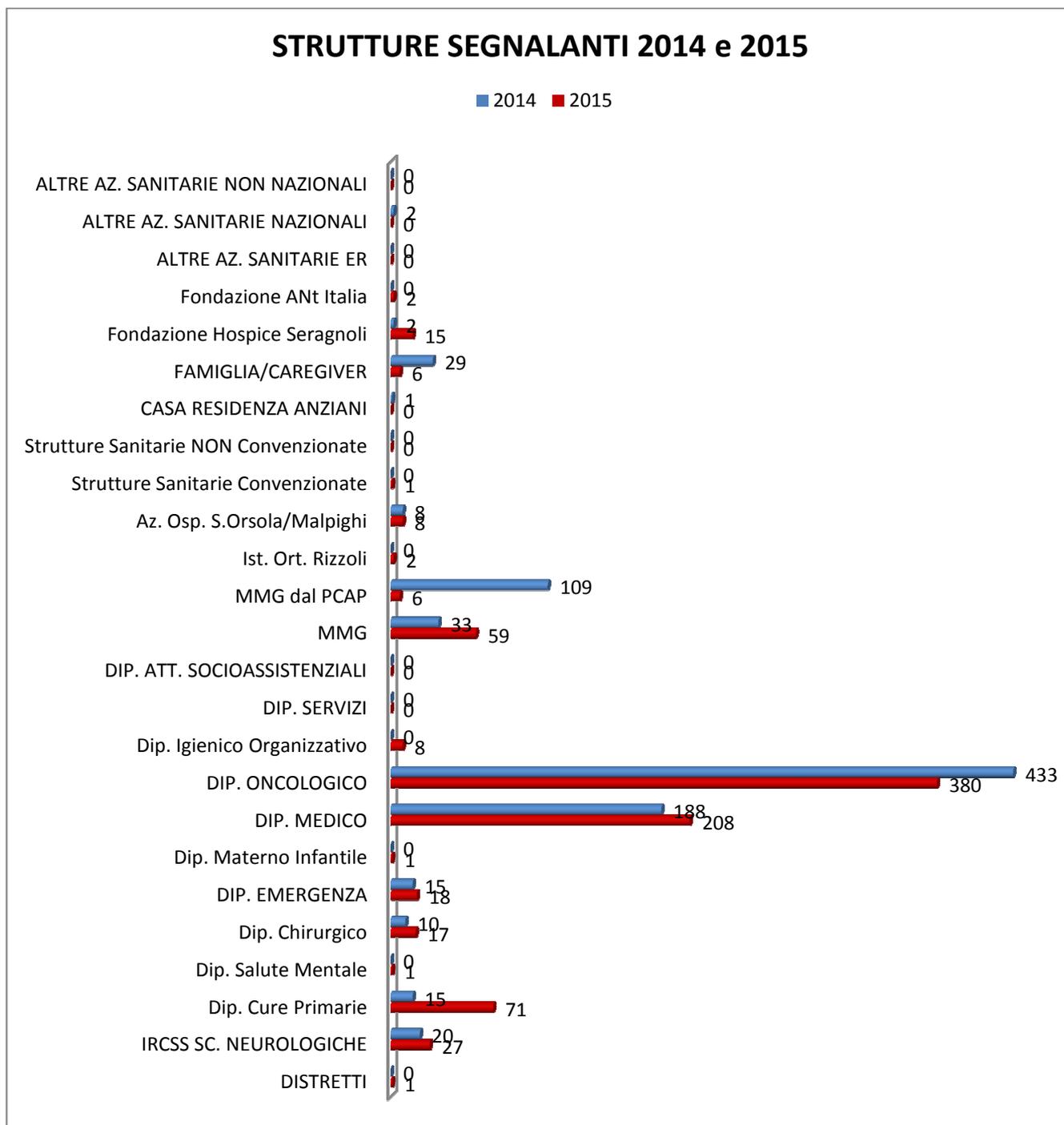
L'età media delle Persone segnalate è stata in modo pressoché stabile di 74.05 aa con una mediana di 76 aa (Dev.St. 12,70).

Nell'analisi dell'età stratificata per fasce (Tab. 4), si può notare che il 54.81% dei Pazienti presi in carico nella Rete di Cure Palliative hanno un'età superiore ai 75 anni e per la precisione nella fascia d'età che va dai 75 agli 84 anni si attesta il 33.52% del totale dei 883 Pazienti segnalati per non parlare del grande anziano con età superiore agli 85 anni che componeva il 21.29% degli assistiti.

| Fasce età (in anni) | n.         | %             |
|---------------------|------------|---------------|
| 15-24               | 3          | 0,34          |
| 25 - 44             | 20         | 2,27          |
| 45 - 64             | 149        | 16,87         |
| 65 - 74             | 227        | 25,71         |
| 75 +                | 484        | 54,81         |
| Tot.                | <b>883</b> | <b>100,00</b> |

Tabella 4: stratificazione per fasce d'età dei Pazienti in carico nel 2015

Di seguito si riporta la provenienza delle Strutture segnalanti suddivise per Dipartimenti per le afferenze all'Azienda USL di Bologna e per Strutture per tutte le altre Aziende od Organizzazioni sia Pubbliche sia del Terzo Settore confrontate nel 2014 e 2015 (Fig.10b).



Rappresentazione delle strutture segnalanti i Pazienti comparate per anno, 2014 e 2015 : **862** Pazienti nel 2014 e **883** Pazienti nel 2015

Figura 9

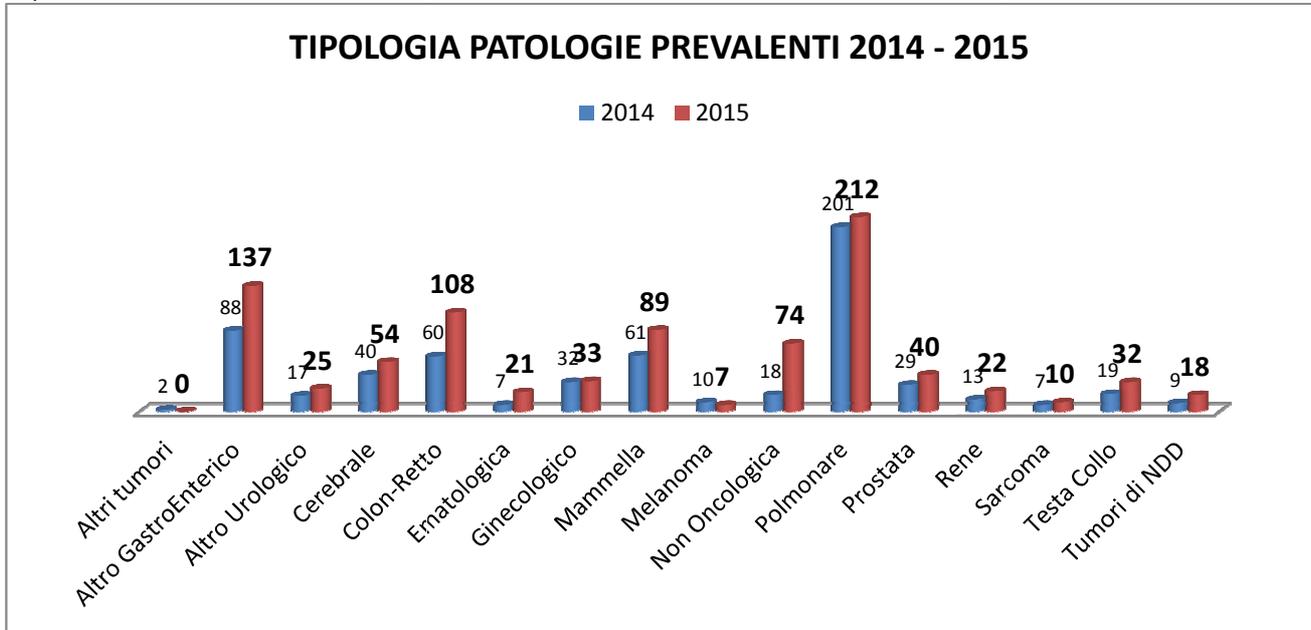
Iniziativa in ambito del Fondo per la Modernizzazione 2010-2011-2012 della Regione Emilia Romagna -

Articolazione Area Tematica: A13

Titolo del Progetto: Sviluppo della Rete delle Cure palliative: integrazione ospedale - territorio attraverso equipe multidisciplinari e interprofessionali.

Codice Unico di Progetto: E35J11000410002

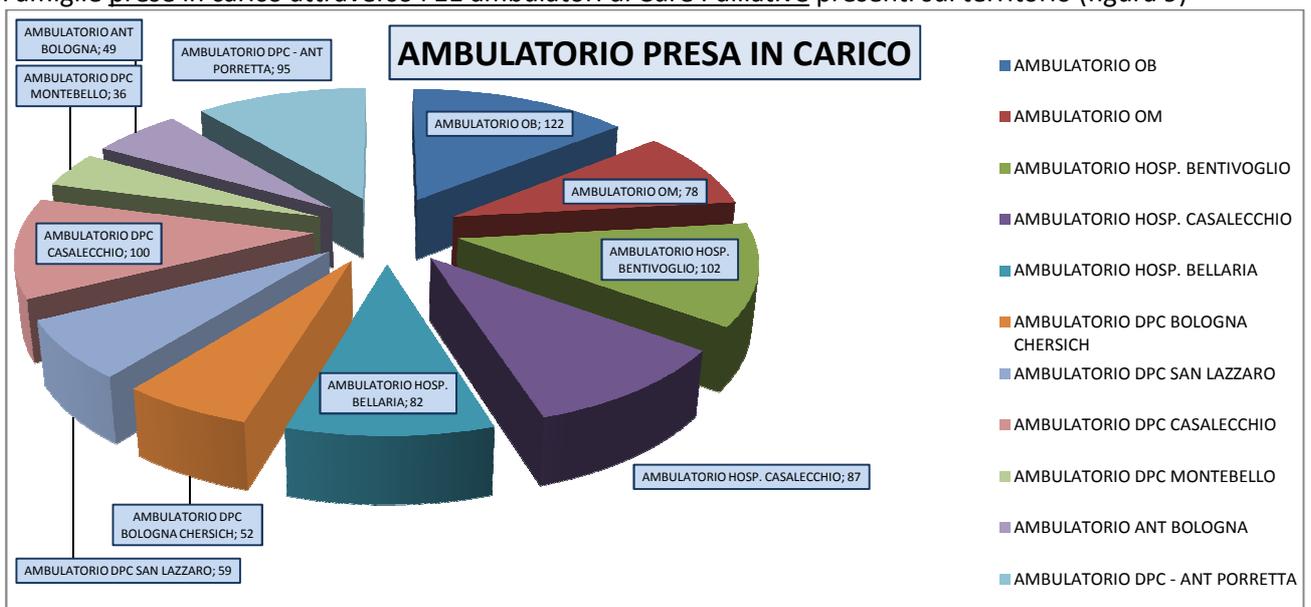
Si sono analizzate le diagnosi principali dei Pazienti segnalati comparate per i due anni di riferimento (Fig. 10).



Rappresentazione delle diagnosi principali comparate per anno, 2014 e 2015 : **862** Pazienti nel 2014 e **883** Pazienti nel 2015

Figura 10.

Di seguito si riporta l'attività dal 1 gennaio al 31 dicembre 2014, che hanno visto coinvolto **862** Pazienti e Famiglie prese in carico attraverso i 11 ambulatori di Cure Palliative presenti sul territorio (figura 9)



Attività dell'anno 2014 : **862** Pazienti e Famiglie presi in carico

Figura 11

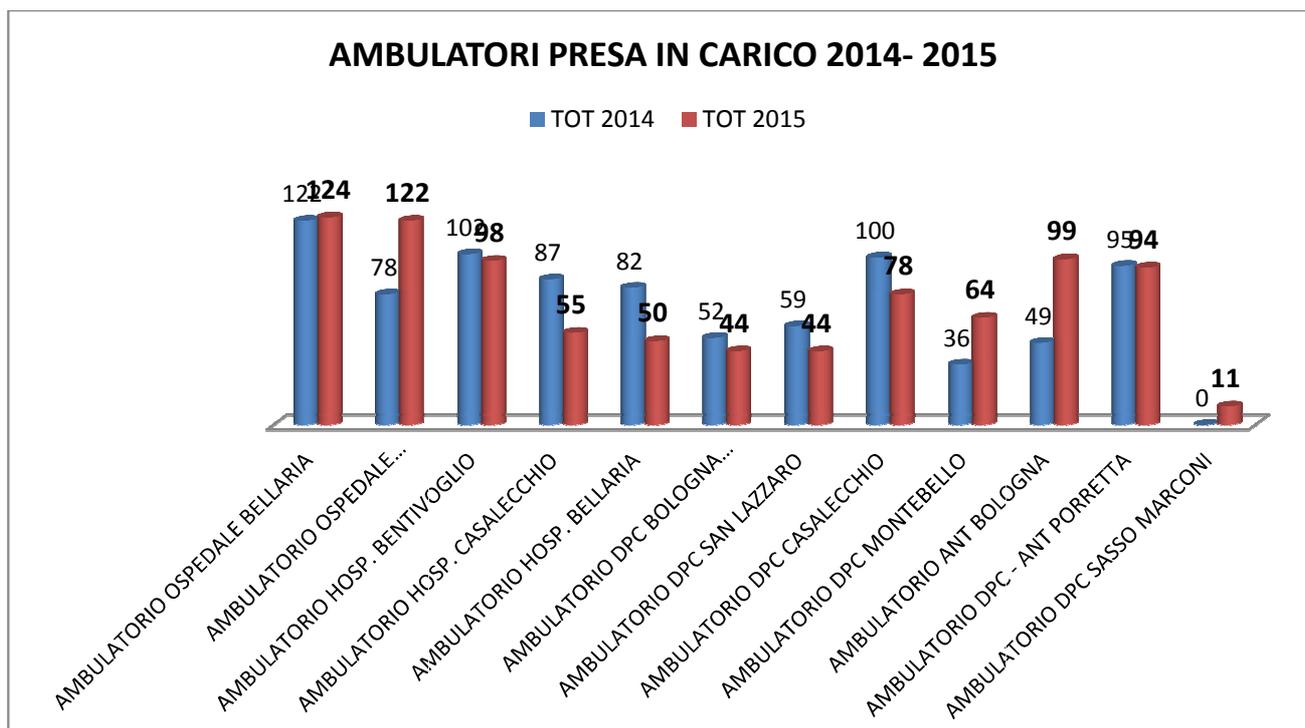
Iniziativa in ambito del Fondo per la Modernizzazione 2010-2011-2012 della Regione Emilia Romagna -

Articolazione Area Tematica: A13)

Titolo del Progetto: Sviluppo della Rete delle Cure palliative: integrazione ospedale - territorio attraverso equipe multidisciplinari e interprofessionali.

Codice Unico di Progetto: E35J11000410002

I Pazienti segnalati nei due anni sono stati affidati sulla base delle richieste del Paziente e Famiglia cercando di tenere in considerazione la residenza effettiva o il luogo delle cure, distribuendoli negli ambulatori presenti sul territorio Aziendale che ricordiamo avere una superficie sovrapponibile alla Regione Umbria, inoltre nel settembre del 2015 è stato aperto il dodicesimo ambulatorio nel territorio di Sasso Marconi all'interno della Casa della Salute dello stesso Comune pertanto i dati presentati fanno riferimento solo a partire dall'anno di apertura (Fig. 12.b).

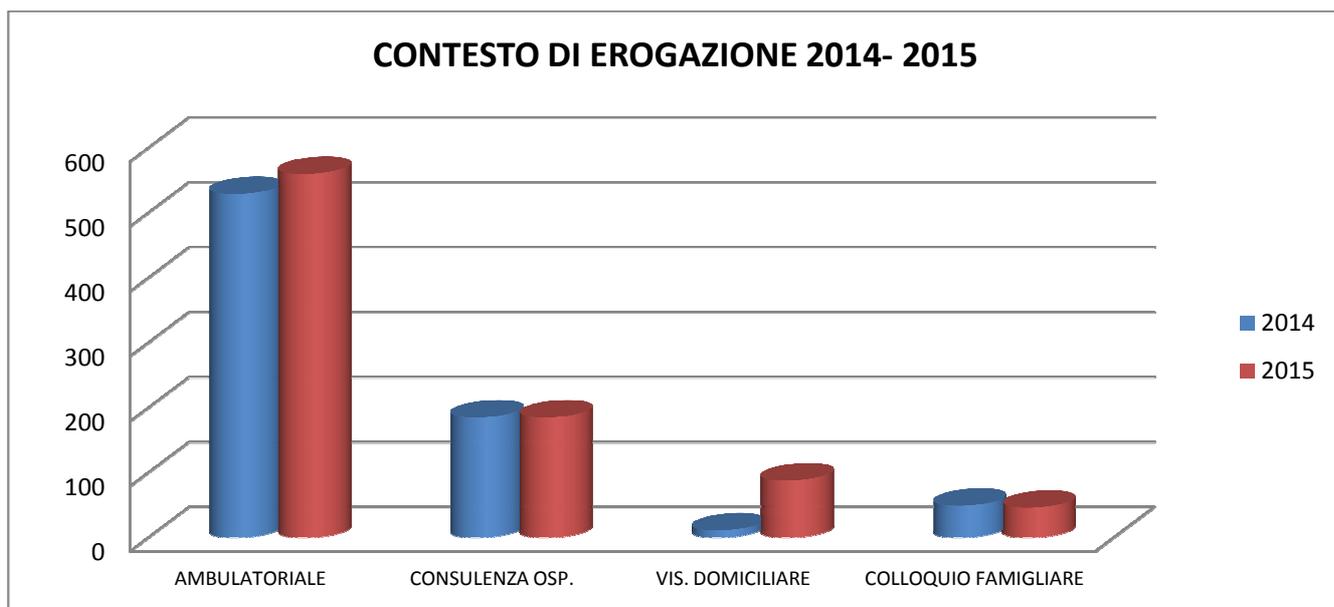


Distribuzione dei Pazienti affidati nei diversi ambulatori di Cure palliative Precoci – Confronto Attività dell'anno 2014 e dell'anno 2015 :**862** Pazienti nel 2014 e **883**Pazienti nel 2015

Figura 12

Il contesto di erogazione della prima visita di Cure Palliative è prevalentemente ambulatoriale come si può notare dalla figura 13, ma dobbiamo sottolineare che una parte dell'attività di consulenza ospedaliera è rivolta a Pazienti in fase End of Life, anche in conseguenza del progetto sopracitato.

Nella Figura 13 è riportata il confronto fra il contesto di erogazione nei due anni di attività 2014-2015



Contesto di erogazione - Confronto attività anno 2014 e anno 2015: **862** Pazienti nel 2014 e **883** Pazienti nel 2015

### Figura 13

Di seguito riportiamo una breve leggenda di chiarificazione del grafico:

AMBULATORIALE: il Paziente è stato visitato con la famiglia presso uno dei 11 ambulatori

CONSULENZA OSP.: Il Paziente è stato preso in ospedale e poi indirizzato ad ambulatorio o a presa in carico domiciliare o hospice

VIS. DOMICILIARE: Alla valutazione della richiesta le condizioni non permettevano una presa in carico ambulatoriale e sono stati presi in carico in ADI o ADI/ANT su richiesta del MMG

COLLOQUIO FAMIGLIARE: I visita con i famigliari senza il Paziente per chiarimenti e delucidazioni sull'assistenza.

Nella tabella 5 sotto riportata si evidenziano gli intervalli di tempo fra due momenti importanti nella presa in carico di cure palliative, con confronto delle attività 2013 e 2014 , mentre nella tabella 6 si evidenzia il confronto delle attività 2014 e 2015 :

Si ricorda che prima della presa in carico in Cure Palliative il Coordinamento all'atto della ricezione della segnalazione provvede a:

- primo colloquio telefonico con il Paziente/Caregiver,
- prima raccolta dei bisogni più urgenti,
- scelta concordata della sede ambulatoriale più vicina al Loro domicilio/residenza in accordo con l'MMG

### Intervallo di tempo che trascorre tra la segnalazione e la presa in carico e fra la presa in carico e il primo accesso CONFRONTO 2013- 2014

| INTERVALLO IN GIORNI | 2013                       |                       | 2014                       |                       |
|----------------------|----------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|
|                      | Intervallo presa in carico | Intervallo I° accesso | Intervallo presa in carico | Intervallo I° accesso |
| MEDIA                | 3                          | 5                     | 4                          | 7                     |
| MEDIANA              | 1                          | 1                     | 2                          | 2                     |

Tabella 5

### Intervallo di tempo che trascorre tra la segnalazione e la presa in carico e fra la presa in carico e il primo accesso CONFRONTO 2014- 2015

| INTERVALLO IN GIORNI | 2014                       |                       | 2015                       |                       |
|----------------------|----------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|
|                      | Intervallo presa in carico | Intervallo I° accesso | Intervallo presa in carico | Intervallo I° accesso |
| MEDIA                | 4                          | 7                     | 7                          | 8                     |
| MEDIANA              | 2                          | 2                     | 3                          | 2                     |

Tabella 6

Un aspetto che è lasciato all'autonomia delle singole equipe ambulatoriali è la segnalazione in Pre Lista per un possibile ricovero in Hospice in caso di aggravamento clinico assistenziale che non permetta un'assistenza anche temporanea presso il domicilio prescelto dal Paziente e Famiglia. Per il 2015 sui 883 Pazienti segnalati sono state richieste 464 (52,55%) segnalazioni in pre lista pertanto più della metà è stato rilevato la possibile evenienza sopra citata, che hanno poi determinato 317 richieste di ricovero in Hospice che corrispondono al 35,90% di tutti i segnalati nel 2015.

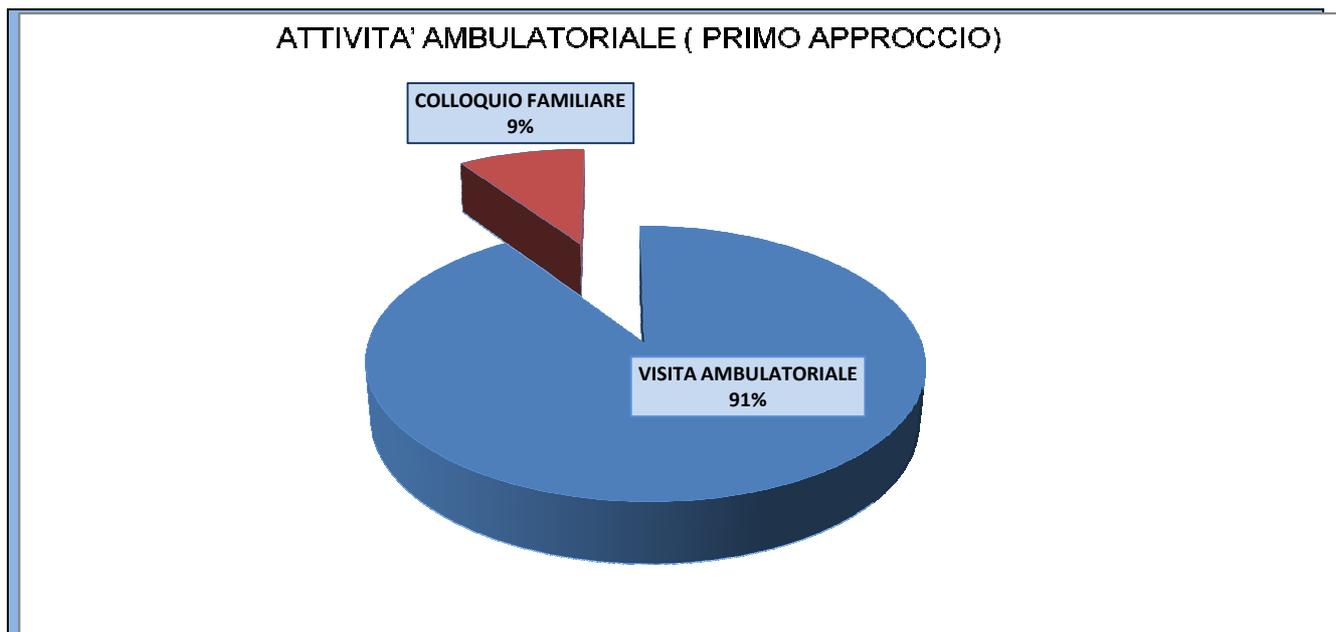
Il tempo di presa in carico dei Pazienti segnalati dal 1 gennaio 2015 sono stati raccolti e suddivisi fra i viventi ed i deceduti al 31 dicembre 2015 nei tre diversi setting (ambulatorio, ospedale, domiciliare) e che non abbiano richiesto una sospensione, per un totale di 393 Pazienti vivi e di 411 deceduti al 31/12/2015 così come si evince dalla tabella di seguito riportata (Tab. 7).

Tempo di presa in carico dei Pazienti segnalati nel 2015

| TEMPO PRESA IN CARICO IN GIORNI | Pazienti vivi 2015 | Pazienti deceduti 2015 |
|---------------------------------|--------------------|------------------------|
| MEDIA                           | 147                | 60                     |
| MEDIANA                         | 136                | 39                     |
| Dev.St.                         | 104                | 67                     |

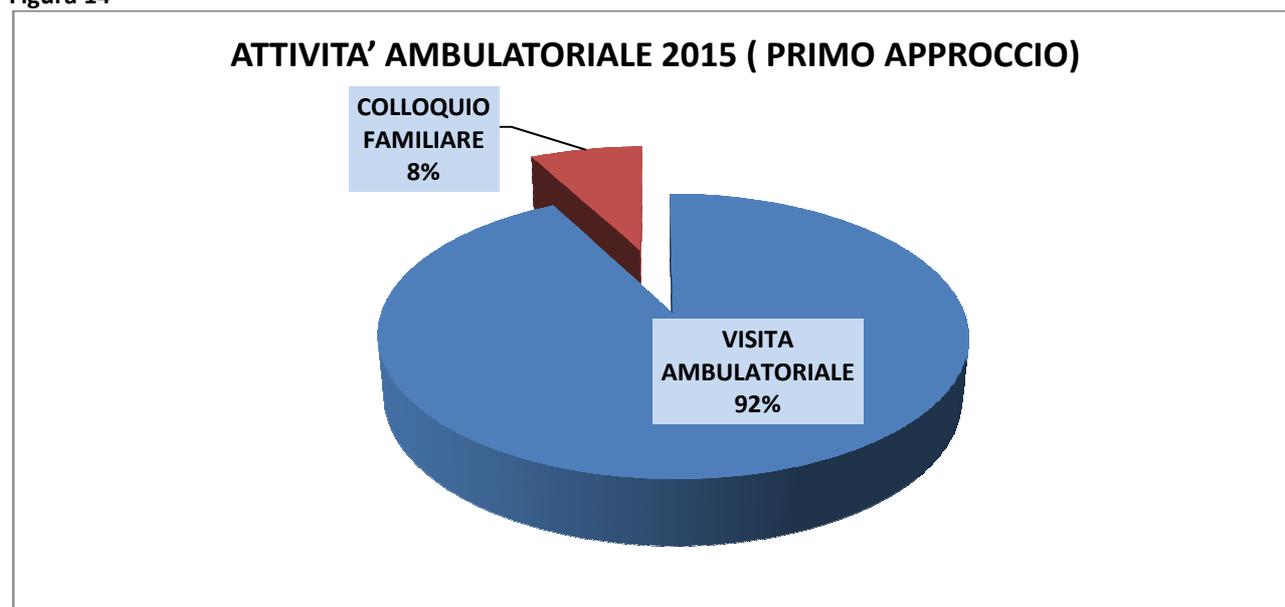
Tabella 7

Nel grafico riportato nella figura 14 si può notare come la prima presa in carico ambulatoriale attuata nel 2014 in 529 pazienti sia nel 9 % dei casi (49 casi) destinato ad un primo colloquio con i familiari che molto spesso è propedeutico alla successiva visita con il Paziente per aiutare i familiari stessi ad esprimere quei dubbi e domande che sarebbero condizionate dalla presenza contemporanea del Paziente. Dati confermati se raffrontati con l'attività del 2015 sui 883 Pazienti presi in carico (Figura 15).



Attività dell'anno 2014 : Degli **862** Pazienti e Famiglie, **529 sono stati** presi in carico in Ambulatorio (di cui il primo approccio è avvenuto nel **91%** casi con il paziente e nel **9%** dei casi solo con un colloquio con i familiari)

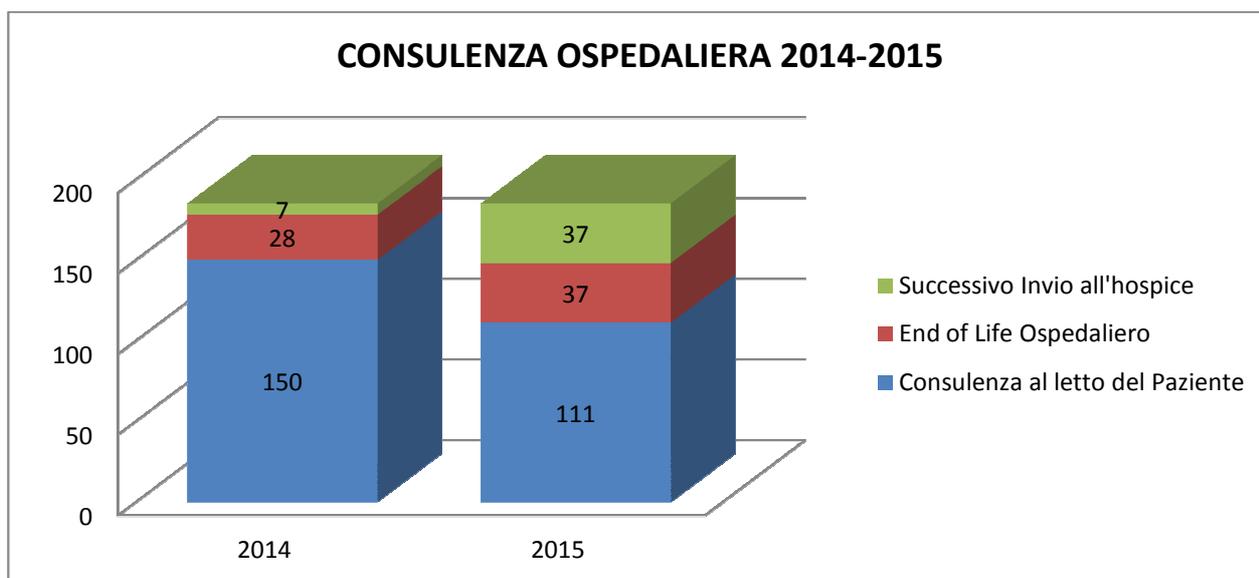
Figura 14



Attività dell'anno 2015 : Degli **883** Pazienti e Famiglie, **606 sono stati** presi in carico in Ambulatorio (di cui il primo approccio è avvenuto nel **92% (560)** casi con il paziente e nel **8%(46)** dei casi solo con un colloquio con i familiari)

Figura 15

Relativamente alla consulenza ospedaliera nel grafico successivo (figura 16) si può notare come su 185 Pazienti visti sia nel 2014 che nel 2015 era per un accompagnamento al fine vita di Pazienti che sono deceduti entro le 72 ore nel 15% nel 2014 ed il 20% nell'anno successivo, mentre rispetto al 2013 in cui il dato si attestava al 16%. Rileviamo un aumento delle Persone segnalate per una consulenza ospedaliera, nelle quali le condizioni non permettevano ne' una presa in carico ambulatoriale ne' un'Assistenza Domiciliare e sono stati inviati immediatamente in hospice che nel 2014 era solo per il 4%, mentre nello scorso anno erano del 20%.



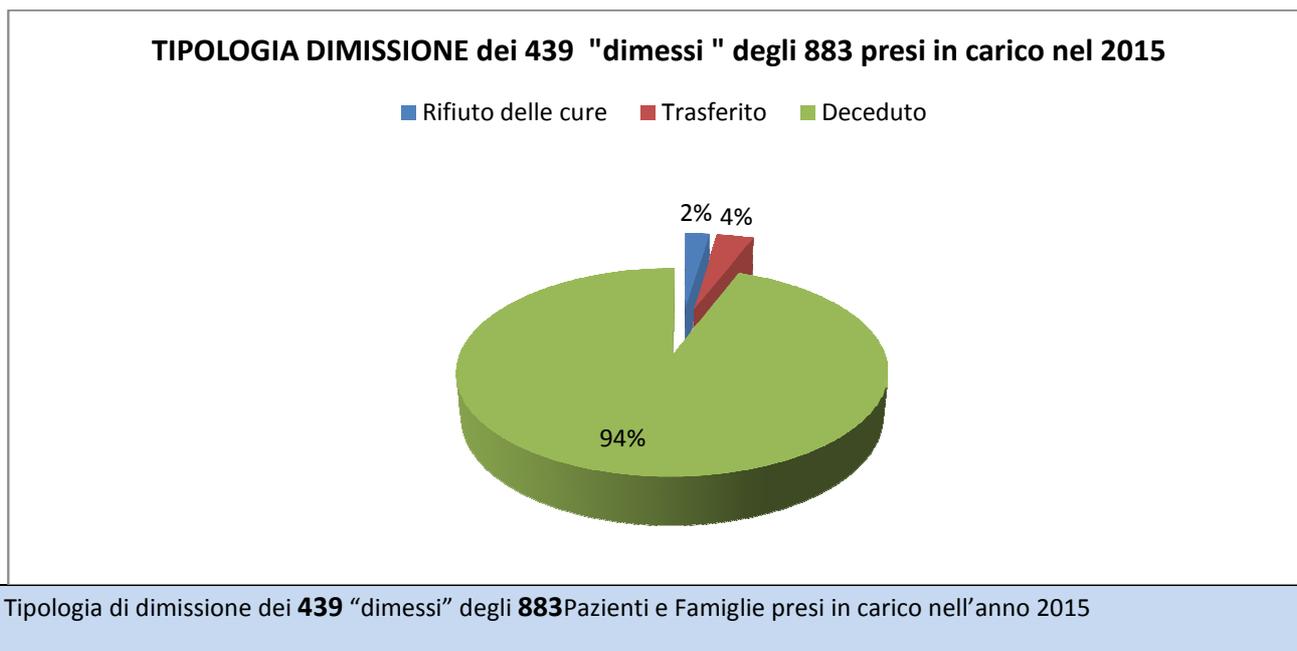
Pazienti presi in carico in Consulenza Ospedaliera:

Attività dell'anno 2014: su **862** Pazienti e Famiglie presi in carico: **185** consulenze

Attività dell'anno 2015: su **883** Pazienti e Famiglie presi in carico: **185** consulenze

**Figura 16**

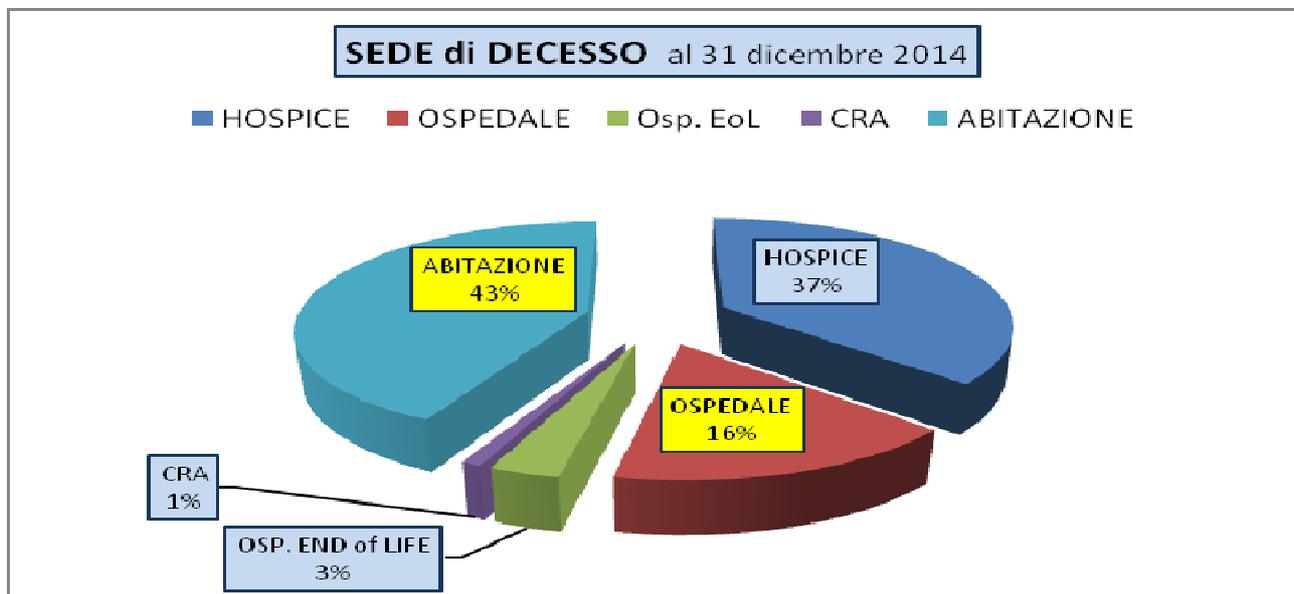
Abbiamo analizzato la dimissione dei 439 Pazienti "dimessi" fra gli 883 segnalati nel 2015: 10 hanno rifiutato delle cure , 15 si sono trasferiti in altra residenza che non era coperta dal nostro servizio e 414 Pazienti deceduti (Fig. 17)



**Figura 17**

Abbiamo analizzato il luogo del decesso dei **526** Pazienti deceduti nel 2014, al 31 dicembre 2014, che erano stati presi in carico a partire dal 1 gennaio 2014 come da grafico sotto riportato e si può notare una importante inversione di tendenza , **con una prevalenza dei decessi è avvenuta al domicilio ( 224 pazienti pari al 43%)**, seguita dai decessi in Hospice ( 193 pazienti pari al 37%). I decessi in CRA sono state pari all'1% ( 5 pazienti) . I pazienti deceduti in ospedale sono stati 104, pari al 19% dei deceduti complessivi. Abbiamo , anche nel 2014, come per il 2013, suddiviso il dato dei decessi in ospedale ed abbiamo evidenziato come, escludendo il 3% dei pazienti presi in carico per le cure di fine vita (end of life care- EoL), **con una ulteriore riduzione percentuale rispetto al 2013, solo il 16% dei Pazienti presi in carico dalle Cure Palliative Precoci ( figura18)siano deceduti in ospedale.**

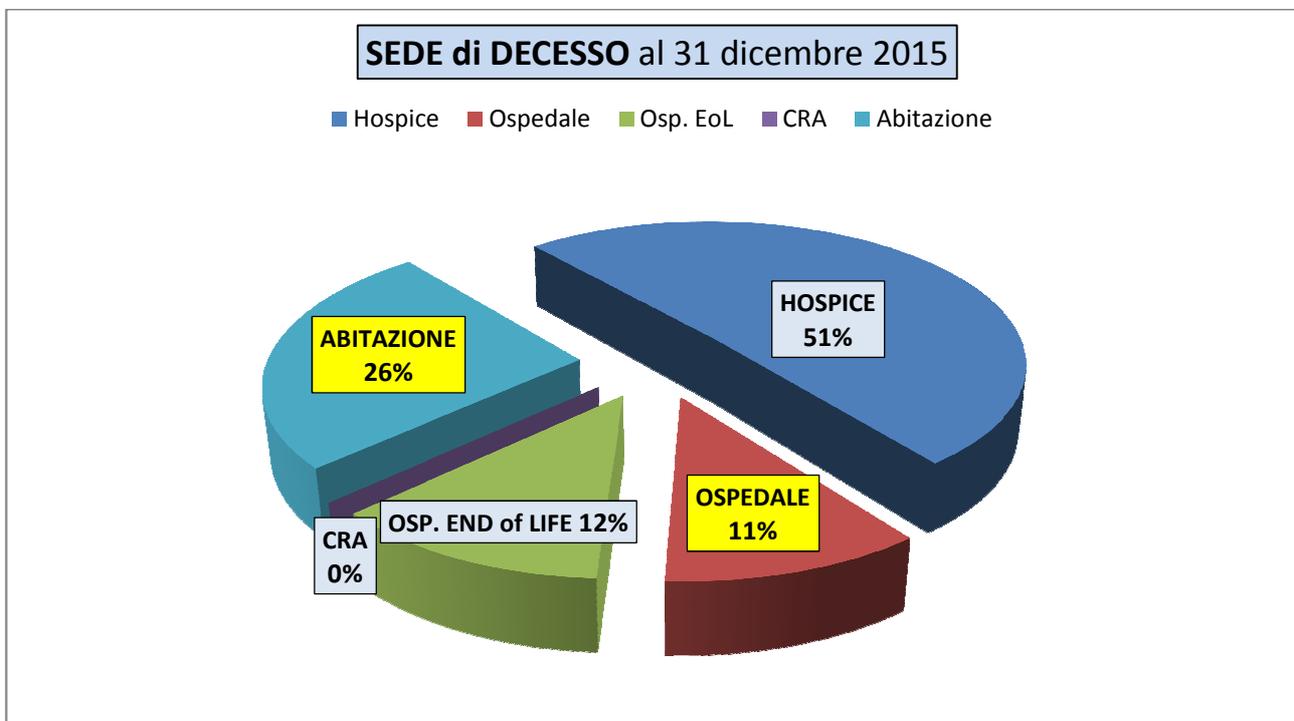
**Il decesso in ospedale ( escludendo la presa in carico per le Cure di fine vita - End Of Life- in Ospedale) appare confermato basso per i pazienti presi in carico in Cure Palliative Precoci nell'anno 2015 : dei 440 pazienti deceduti al 31/12/2015 degli 883 presi in carico in Cure Palliative Precoci solo l'11 % muore in Ospedale ( figura 19) .**



**Attività dell'anno 2014:** 862 Pazienti e Famiglie presi in carico

Sede di decesso dei **526** pazienti deceduti al 31/12/2014 degli **862** Presi in carico

Figura 18



**Attività dell'anno 2015:** 883 Pazienti e Famiglie presi in carico

Sede di decesso dei **410** pazienti deceduti al 31/12/2015 degli **883** Presi in carico

Figura 19

Iniziativa in ambito del Fondo per la Modernizzazione 2010-2011-2012 della Regione Emilia Romagna -

Articolazione Area Tematica: A13)

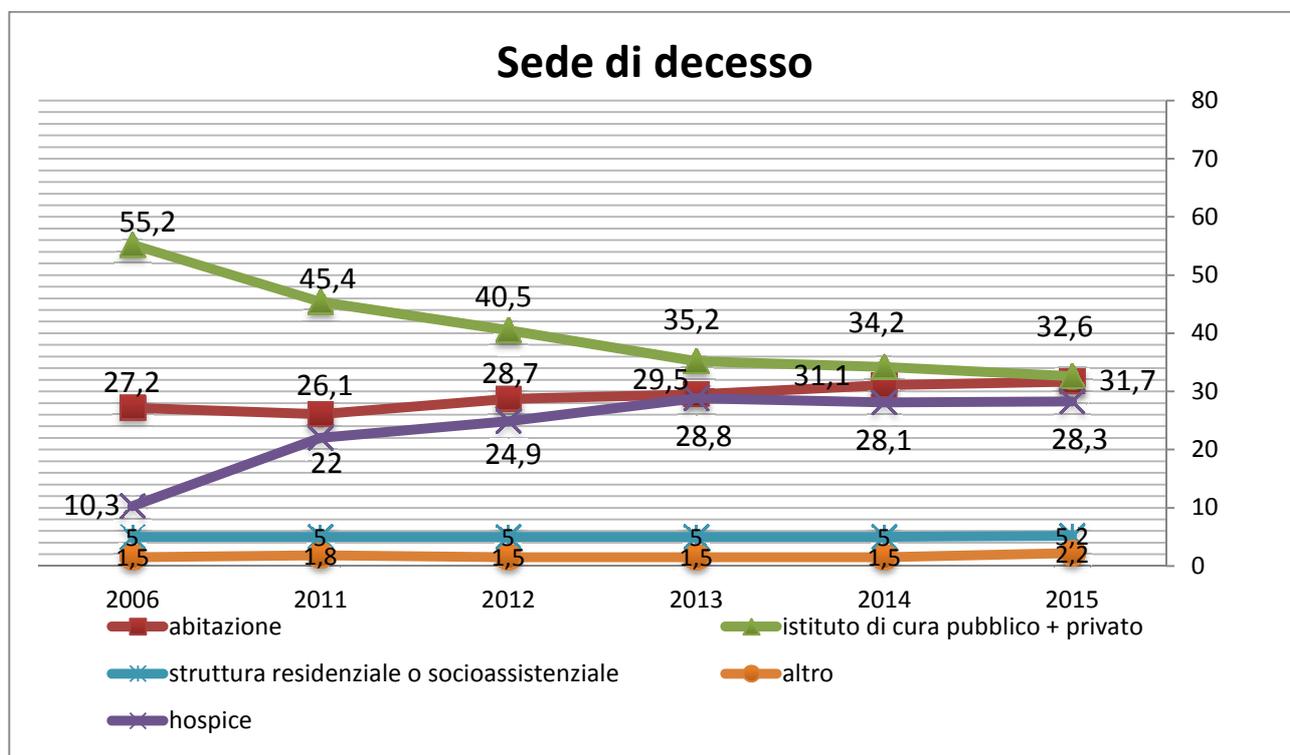
Titolo del Progetto: Sviluppo della Rete delle Cure palliative: integrazione ospedale - territorio attraverso equipe multidisciplinari e interprofessionali.

Codice Unico di Progetto: E35J11000410002

Questo dato ha determinato, di conseguenza, un importante cambiamento dei dati complessivi di mortalità oncologica per sede, nell'AUSL di Bologna.

La sede di decesso dei pazienti con Tumore (complessiva) in AUSL di Bologna si è progressivamente modificata dal 2011 al 2015, riducendosi progressivamente la mortalità in Ospedale dal 45,2%, nel 2011, al 32,6% nel 2015.

Sono aumentati al contrario, il numero di persone malate di tumore deceduti al domicilio (dal 26,1% del 2011 al 31,7% del 2015) e in Hospice (dal 22,0% del 2011 al 28,3% del 2015).



Andamento dal 2006 al 2015 della sede di decesso dei pazienti affetti da tumore presso l'AUSL di Bologna

**Figura 20**

La figura 20 mostra l'andamento dal 2006 al 2015 della sede di decesso dei pazienti oncologici. Si evidenzia che dal 2011 al 2015 i decessi in ospedale si sono ridotti dal 45,4% al 32,6%.

L'Azienda USL di Bologna che già presentava una mortalità oncologica in Ospedale già sotto la media rispetto ai dati regionali complessivi (il dato di mortalità per tumore in ospedale di tutti i pazienti deceduti per neoplasia nell'AUSL di Bologna del 2013 era pari al 35,2% *versus* il dato di mortalità in ospedale di tutta la Regione Emilia Romagna del 2013 pari 46,7%) ha pertanto migliorato ulteriormente il dato, che esprime un ulteriore miglioramento della capacità di presa in carico in Cure Palliative. (**figura 21**)

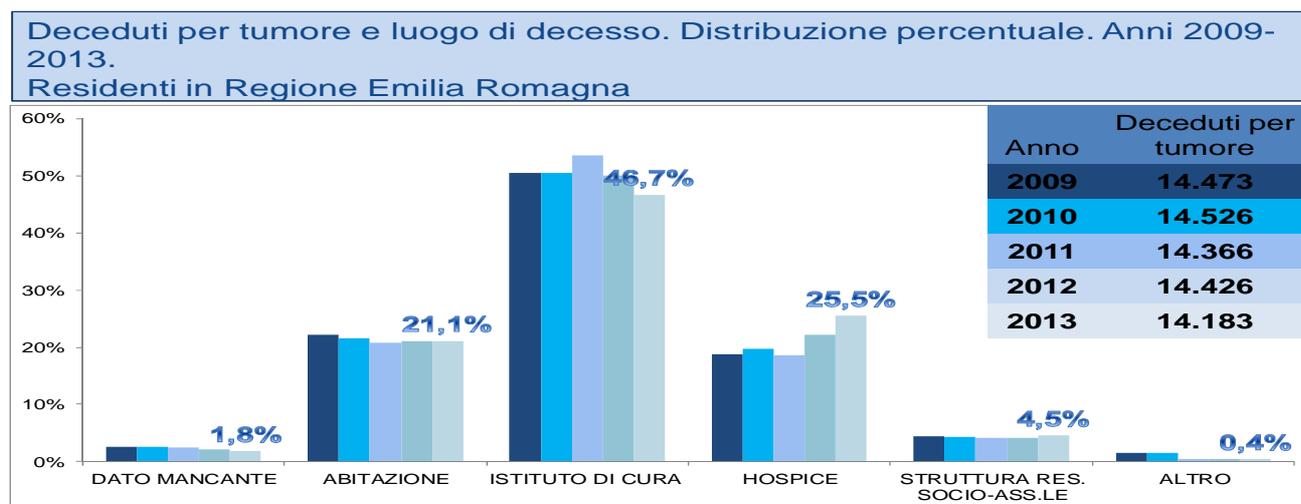
Iniziativa in ambito del Fondo per la Modernizzazione 2010-2011-2012 della Regione Emilia Romagna -

Articolazione Area Tematica: A13)

Titolo del Progetto: Sviluppo della Rete delle Cure palliative: integrazione ospedale - territorio attraverso equipe multidisciplinari e interprofessionali.

Codice Unico di Progetto: E35J11000410002

La figura 21 presenta la distribuzione percentuale dei residenti in Regione Emilia Romagna deceduti per tumore e luogo di decesso negli anni 2009-2013.



Fonte dati: ReM

Figura 21

## **CONCLUSIONI**

L'AUSL di Bologna ha sviluppato un Progetto di Presa in carico in CURE PALLIATIVE PRECOCI e SIMULTANEE( CPP) .

La presa in cura in Cure Palliative Precoci permette l'accompagnamento graduale della persona malata e della famiglia nel difficile e complesso percorso di una malattia inguaribile. L'accompagnamento prevede la corretta e personalizza gestione di tutti i sintomi somatici, compreso il dolore, il supporto alla sofferenza psicologica e ai bisogni spirituali.

L'accompagnamento prevede una comunicazione onesta con la persona malata. La comunicazione onesta tiene conto della profonda differenza che esiste fra sostenere una speranza (compatibile con la consapevolezza del limite della propria vita e che permette scelte adeguate e coerenti con la realtà della situazione che il malato è messo nelle condizioni di valutare) e alimentare un'illusione (che impedendo un esame di realtà non permette di fare scelte in linea con quelle che il malato farebbe se fosse consapevole). L'illusione impedisce di fatto alla persona malata di avere una buona qualità di vita: questa è infatti strettamente legata alle aspettative che si hanno rispetto al tipo di vita che ci si aspetta di dover vivere. Ridurre la distanza ( "Gap di Calman") fra la vita che la malattia obbliga a vivere e l'idea della vita che si pensa di poter tornare a vivere, aiuta ad accettare e ad apprezzare la vita che si sta vivendo, rendendo più facilmente raggiungibile la migliore qualità di vita possibile durante la malattia, primo obiettivo delle CPP. L'attività ambulatoriale con la Presa in Cura di Cure Palliative Precoci, iniziata nel 2011, è arrivata a completa sistematizzazione e con il supporto di un nuovo sistema informatizzato creato ad hoc per il progetto, con la possibilità di raccolta dati sistematica dal 2013.

Per l'attività di Cure Palliative Precoci è stata realizzata la Centrale di Coordinamento della Rete delle Cure Palliative e sono stati attivati/sistematizzati 12 ambulatori per Presa in Cura in Cure Palliative Precoci, 5 dei quali in collaborazione con il terzo settore ( ANT e Fondazione Hospice MTC Seràgnoli), distribuiti equamente nell'ambito dell'Area metropolitana dell'AUSL di Bologna per favorire l'accesso in prossimità della propria abitazione.

E' stato realizzato un opuscolo (Allegato) che viene, dopo i lunghi colloqui , eventualmente lasciato alla famiglia che ha così successivamente la possibilità di ritrovare e ripercorrere i passaggi del colloquio eseguito con l'equipe della RCP.

Gli Obiettivi della Presa In Carico di Cure Palliative Precoci sono riassumibili in:

- 1)Presa in cura globale del malato e della famiglia con trattamento di tutti i sintomi somatici compreso il dolore , correlati alla malattia;
- 2) CO: cercare di raggiungere gradualmente e delicatamente la consapevolezza massima possibile per quella persona, in quel momento della malattia, in quel contesto familiare, rispettandone sempre il bisogno reale di sapere o di non sapere;
- 3) supporto dei i bisogni psicologico-relazionali del malato e della sua famiglia, spesso preoccupata (legittimante ma non sempre appropriatamente) di una acquisizione di consapevolezza di una diagnosi o di una prognosi che pure sa che il malato intuisce, senza tuttavia avere la possibilità di condividere con altri la propria preoccupazione, riducendo così la sofferenza;
- 4) sostegno ed aiuto nelle scelte terapeutiche per la persona malata e nella programmazione del percorso di cura: la consapevolezza con speranza, ma senza illusione, permette scelte di fine vita coerenti e in linea con il concetto di qualità di vita che ciascuno ha in sé, nelle diverse fasi della malattia;
- 5)conseguente riduzione del numero di persone che decedono in ospedale e aumento del numero di persone che decedono al domicilio e in Hospice , espressione della migliorata acquisizione di consapevolezza rispetto all'evoluzione della malattia e alle scelte di fine vita.

L'attività ambulatoriale con la Presa in Cura di Cure Palliative Precoci ,iniziata nel 2011, è arrivata a completa sistematizzazione e con il supporto di un nuovo sistema informatizzato creato ad hoc per il progetto, con la possibilità di raccolta dati sistematica dal 2013.

Sono stati presi in carico 520 Pazienti e famiglie nel 2013; 862, nel 2014 e 883 nel 2015.

Sono stati seguiti in ambulatorio 343 Pazienti e famiglie nel 2013, 529 nel 2014 e 606 nel 2015.

Sono stati presi in carico in consulenza: 142 Pazienti e famiglie nel 2013, 185 nel 2014 e 185 nel 2015.

Abbiamo analizzato il luogo del decesso dei 526 Pazienti deceduti nel 2014, al 31 dicembre 2014: , escludendo il 3% dei pazienti presi in carico per le cure di fine vita (end of life care- EoL), solo il 16% dei Pazienti presi in carico dalle Cure Palliative Precoci sono deceduti in ospedale

Il decesso in ospedale ( escludendo la presa in carico per le Cure di fine vita - End Of Life- in Ospedale) appare confermato basso per i pazienti presi in carico in Cure Palliative Precoci nell'anno 2015 : dei 440 pazienti deceduti al 31/12/2015 degli 883 presi in carico in Cure Palliative Precoci solo l'11 % muore in Ospedale.

Questo dato ha determinato , di conseguenza, una importante cambiamento dei dati complessivi di mortalità oncologica per sede, nell'AUSL di Bologna. La sede di decesso dei pazienti con Tumore (complessiva) in AUSL di Bologna si è progressivamente modificata dal 2011 al 2015, riducendosi progressivamente la mortalità in Ospedale dal 45,2%,nel 2011, al 32,6 % nel 2015. Sono aumentati al contrario, il numero di persone malate di tumore deceduti al domicilio (dal 26,1% del 2011 al 31,7 del 2015) e in Hospice (dal 22,0% del 2011 al 28,3 del 2015).

L'Azienda USL di Bologna che già presentava una mortalità oncologica in Ospedale già sotto la media rispetto ai dati regionali complessivi ( il dato di mortalità per tumore in ospedale di tutti i pazienti deceduti per neoplasia nell'AUSL di Bologna del 2013 era pari al 35,2% *versus* il dato di mortalità in ospedale di tutta la Regione Emilia Romagna del 2013 pari 46,7) ha pertanto migliorato ulteriormente il dato, che esprime un ulteriore miglioramento della capacità di presa in carico in Cure Palliative.

Dal 2011 il progetto di Presa in carico di Cure Palliative Precoci, aumentando gradualmente e rispettosamente, la consapevolezza dei pazienti e delle famiglie relativamente allo stadio di malattia e supportando il processo decisionale dei pazienti, delle famiglie e dei medici specialisti, ha contribuito a ridurre in maniera sostanziale il numero di pazienti deceduti per tumore ( in ospedale e aumentare il numero di pazienti deceduti al domicilio e in Hospice , di tutta l'AUSL di Bologna.

L'Assistenza Domiciliare é efficacemente presente nella nostra AUSL , anche per il contributo sostanziale dell'Associazione Nazionale Tumori, dal 1986, e gli Hospice , anche grazie alla Fondazione Hospice MTC Seràgnoli, sono a regime come numero di posti letto dal 2012.

Il Progetto di Innovazione di Presa in Carico in Cure Palliative Precoci , iniziato nel 2011 e sistematizzato dal 2013, che ha portato alla riduzione del numero delle persone decedute in ospedale e all'aumento del numero delle persone decedute al domicilio e in Hospice, dimostrando così l'efficacia dell'Intervento innovativo.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med.* 2010;363:733-742
2. Morrison RS, Penrod JD, Cassel JB, et al. Palliative Care Leadership Centers' Outcomes Group. Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs. *Arch Intern Med.* 2008;168(16):1783-1790.
3. Taylor DH, Ostermann J, Van Houtven CH, Tulsy JA, Steinhauer K. What length of hospice use maximizes reduction in medical expenditures near death in the US Medicare program? *SocSci Med.* 2007;65:1466-1478.
4. Gott M., Ingleton C., Bennett I.M. and Gardiner C.: Transitions to palliative care in acute hospitals in England: qualitative study, *BMJ* 2011;342:d1773
5. Sullivan R., et al.. Delivering affordable cancer care in high-income countries, *Lancet Oncology*, vol 12 Pages 933-980, September/October 2011.
6. Fontana R. Le configurazioni organizzative: l'adlocrazia. Università di Roma "La Sapienza" 2013
7. Legge 15 marzo 2010, n. 38 pubblicata in *Gazzetta Ufficiale* 19 marzo 2010, n. 65
8. Venturini G, Pulimeno AL, Colasanti D, Barberi S, Sferrazza S, De Marinis M (2012). Validazione linguistico-culturale della versione italiana del questionario sulle competenze infermieristiche del progetto Tuning Educational Structures in Europe. *L'INFERMIERE*, vol. 49, p. 39-48
9. EAPC. Guida per lo sviluppo della formazione infermieristica in cure palliative, Edizione italiana, marzo 2008.
10. SICIP : Il Core Curriculum in Cure Palliative. Il Core Curriculum del Medico Palliativista. Zadig Editore, Milano, Luglio 2012
11. SICIP: Il Core Curriculum in Cure Palliative. Il Core Curriculum dell'Infermiere in Cure Palliative, Grafiche Artigianelli , Brescia, Ottobre 2012
12. SICIP e SIMG: Il Core Curriculum in Cure Palliative. Il Core Curriculum del Medico di Medicina Generale per le Cure palliative di Base e il Core Curriculum del Medico di Medicina Generale con "particolare interesse" per le Cure Palliative. del Palliativista, Ottobre 2012
13. SICIP Il Core Curriculum in Cure Palliative. Il Core Curriculum dell'Assistente Sociale in Cure Palliative. Grafiche Artigianelli , Brescia, 17 ottobre 2013
14. SICIP: Il Core Curriculum in Cure Palliative. Il Core Curriculum del Fisioterapista in Cure Palliative. Grafiche Artigianelli , Brescia, 24 settembre 2013
15. SICIP: Il Core Curriculum in Cure Palliative. Il Core Curriculum dello Psicologo in Cure Palliative. Grafiche Artigianelli , Brescia, 24 ottobre 2013
16. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life January 2014*, Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world
17. World Health Organization 2015, WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim Report, 2015-04-11

Iniziativa in ambito del Fondo per la Modernizzazione 2010-2011-2012 della Regione Emilia Romagna -

Articolazione Area Tematica: *AL3*

Titolo del Progetto: **Sviluppo della Rete delle Cure palliative: integrazione ospedale - territorio attraverso equipe multidisciplinari e interprofessionali.**

Codice Unico di Progetto: E35J11000410002

---

**Scheda:** #20

**Nome Struttura:** Direzione Generale ATS di Bergamo

**Regione:** Lombardia

**Indirizzo:** via Gallicciolli, 4 – 20121 Bergamo

**Sito di Riferimento:** [www.ats.bg.it](http://www.ats.bg.it)

**Resp. Struttura:** Giuseppe Calicchio

**Assess. proponente:** ATS di Bergamo

**Titolo del Progetto:** Chi è il caregiver oggi?

**Data:** 01/10/2014 - 30/06/2016

**Descrizione/Obiettivi:** L'assistenza quotidiana di un familiare sofferente affetto da una patologia cronica, non autosufficiente, costituisce una funzione cardine delle relazioni di convivenza, basate sulla libera scelta e alimentate da motivazioni affettive e sentimentali. Nella gran parte delle situazioni questa funzione di aiuto assume connotati di impegno tali da rendere necessari ed opportuni interventi di sostegno da parte delle istituzioni pubbliche, in favore dei caregivers. In questa accezione il caregiver familiare può essere definito come la persona che, in maniera informale e gratuita, si prende cura di una persona cara in condizioni di non autosufficienza e/o disabilità, che necessita di un'assistenza di lunga durata. Condizioni che comportano un aumento costante della pressione esercitata sulla figura del caregiver, se non adeguatamente sostenuta dal sistema dei servizi sanitari e sociali. L'ATS di Bergamo ha promosso un percorso di sostegno al caregiver, anche alla luce dell'istituzione da parte di Regione Lombardia del "Fondo regionale a favore della famiglia e dei suoi componenti fragili" (dgr n.116/2013) con la definizione di aree di intervento, beneficiari e strumenti. Appare opportuno considerare e valorizzare la figura del caregiver familiare, connotandolo quale componente a pieno titolo, anche se non professionale, della rete di assistenza alla persona. Ansia, depressione, affaticamento, disturbi del sonno, patologie somatiche sono spesso un accompagnamento della vita dei caregivers, sui quali ricade un peso, a volte, difficilmente sostenibile. La mancanza di supporto emotivo, la solitudine, le incomprensioni sono spesso la cornice di riferimento che rende faticosa e problematica l'esperienza personale di chi assiste, con il conseguente rischio di non essere più in grado di affrontare il peso dell'assistenza, con conseguenze negative per se stessi e per la persona assistita. Frequentemente si verifica un drastico cambiamento dello stile di vita, con la rinuncia al tempo libero e alla vita sociale e di relazione, nonché diversi tipi di restrizioni rispetto all'eventuale attività professionale svolta.

**Obiettivi:** A) realizzare interventi finalizzati al riconoscimento del valore della figura del caregiver familiare  
B) attuare interventi per il concreto sostegno del caregiver familiare nell'ambito del sistema integrato di servizi a favore della persona non autosufficiente. Attraverso:

- 1) Costituzione di un Gruppo promotore (ATS) per individuare iniziative e percorsi possibili di sostegno al caregiver nel territorio.
- 2) Attivazione di un Focus group, condotto da un operatore dell'ATS, con i rappresentanti delle principali associazioni di volontariato al fine di valorizzare il loro punto di vista e le loro esperienze.
- 3) Approfondimento dell'esperienza e dei bisogni di aiuto del caregiver (attraverso interviste videoregistrate semi-strutturate).
- 5) Analisi e rielaborazione critica dei dati relativi agli interventi a seguito dei provvedimenti attuativi in favore dei soggetti fragili e delle loro famiglie (ddgr nn. 116/'13, 740/'13, 856/'13, 2942/'14).

**Risultati:** FOCUS GROUP:

- Attivazione di una modalità di comunicazione aperta dei caregivers e degli operatori dei servizi per conoscere e approfondire reciproche possibilità e risorse
- Recupero del valore di cittadinanza attiva e condivisione della dimensione della corresponsabilità

INTERVISTE:

- Possibilità per le famiglie di narrare (e per gli operatori comprendere): la malattia, il dolore (fisico ed emotivo), la vitalità, la cura, l'assistenza, i legami, la fatica, le emozioni intense vissute nel quotidiano da chi soffre e da chi assiste
- Raccolta in un volume delle narrazioni delle famiglie che assistono a domicilio un congiunto, per non dimenticare il dolore e la necessità di cura.

CONVEGNO

- Presentazione al pubblico: dei contenuti emersi dal focus group e dalle interviste, dei dati relativi agli interventi attuati in provincia a seguito dell'istituzione del Fondo Regionale a favore della famiglia e dei suoi componenti fragili

**Allegati:** #20 - care\_giver\_15mag2015\_brochure.pdf

## → Relatori

**Mara AZZI**

*Direttore Generale ASL Bergamo*

**Giorgio BARBAGLIO**

*Direttore Sanitario ASL Bergamo*

**Irene BARONCHELLI**

*Psicologa, Fondazione Casa Serena di Brembate*

**Renato BRESCIANI**

*Direttore Dipartimento ASSI, ASL Bergamo*

**Giuseppe CALICCHIO**

*Direttore Sociale ASL Bergamo*

**Mariagrazia CAPELLO**

*Coordinatore Infermieristico  
Servizio Assistenza Domiciliare*

**Francesca FRAZZI**

*Coordinatore Sociosanitario  
DSS Bassa Bergamasca*

**Maria Adele GIAROLO**

*Servizio Assistenza Domiciliare  
Integrata e Bisogni Complessi, ASL Bergamo*

**Alessandra MAGRI**

*Coordinatore Infermieristico  
DSS Valle Brembana e Valle Imagna*

**Patrizia MARTINELLI**

*Coordinatore Sociosanitario  
DSS Valle Seriana e Valle di Scalve*

**Giuliana MAZZOLENI**

*Coordinatore Sanitario DSS Est Provincia*

**Luciano NICOLI**

*Responsabile Servizi e Progetti Integrati per le  
Persone Fragili e/o con Disabilità, ASL Bergamo*

**Renata ROSA**

*Coordinatrice ADI Società Euronursing*

**Elvira SCHIAVINA**

*Responsabile Servizi diurni e Residenziali per  
la Fragilità, ASL Bergamo*

Testimonianze:

→ Daniela ROSSI POLI (Familiare)

→ Lidia PIATTINI GRANTALIANO (Familiare)

→ Giorgio PERSONELLI (Voce narrante Spazio  
Libreria Terzo Mondo)

Ingresso previa iscrizione

## Come raggiungerci



### COMITATO SCIENTIFICO

Dipartimento ASSI, ASL Bergamo  
Tel. 035 385.310-242 Fax 035 385.227  
email: [segreteria.assi@asl.bergamo.it](mailto:segreteria.assi@asl.bergamo.it)  
email: [rdiguida@asl.bergamo.it](mailto:rdiguida@asl.bergamo.it)

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Servizio Formazione e Aggiornamento  
ASL Bergamo  
Tel. 035 385.247-301 Fax 035 385.049  
email: [formazione@asl.bergamo.it](mailto:formazione@asl.bergamo.it)

[asl.bergamo.it](http://asl.bergamo.it)



51

## CONVEGNO



ASL Bergamo

uno sguardo  
alla persona  
che assiste

15  
venerdì  
maggio  
2015

ore 13.30 - 18.00

Chi è il  
Caregiver Oggi?

Viale Papa Giovanni XXIII 106, BERGAMO  
presso Centro Congressi Giovanni XXIII  
"Sala OGGIONI"

## Presentazione

Assistere una persona cara non autosufficiente ed esserle di aiuto nelle difficoltà della vita quotidiana è un'esperienza molto diffusa tra le famiglie, fondata sulla libera scelta, motivata dagli affetti e in grado di alimentare relazioni di convivenza. Le persone che si trovano nella condizione di assistere un familiare cui sono legate per motivi affettivi e/o di parentela sono da tempo identificate come *Caregiver*. Le attività normalmente svolte dal *Caregiver* consistono nel prestare cure e sostegno a persone non in grado di svolgere le attività della vita quotidiana. Sempre più spesso il *Caregiver familiare* è impegnato nel fornire prestazioni sia di tipo assistenziale sia a carattere sanitario. È molto ampia la gamma degli impegni assistenziali, con forti differenze tra un caso e l'altro, sia per la gravosità, sia per la durata dell'impegno. Il *Caregiver familiare*, pur prestando la propria assistenza informale sulla base di legami affettivi e sentimenti positivi, è spesso costretto a prestare un numero elevato di ore di assistenza, specialmente se ciò avviene durante il fine settimana o di notte. L'affaticamento, i disturbi del sonno, l'ansia, e altre forme di disagio sono spesso un accompagnamento della vita dei *caregiver*, sui quali ricade un peso, a volte, difficilmente sostenibile. La mancanza di supporto emotivo e la solitudine rendono faticosa e problematica l'esperienza personale del *Caregiver*, con il conseguente rischio di non essere più in grado di affrontare il peso dell'assistenza, con conseguenze negative per se stessi e per la persona assistita. Lo scopo di questo convegno, che è il risultato di mesi di confronto, fra operatori ASL, *Caregiver* familiari, associazioni di volontariato ed enti erogatori di servizi domiciliari, è di riconoscere il fondamentale valore della figura del *Caregiver* familiare e di offrire un concreto sostegno alla sua opera di cura nell'ambito del sistema integrato dei servizi sanitari e sociali rivolti alla domiciliarità.

*C'è una copia  
in ogni cosa.  
E da lì  
che entra la luce.*  
(Leonard Cohen)

Il Direttore Generale  
Dott.ssa Mara AZZI

## Programma

### 13.30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

### 14.00 APERTURA LAVORI

Mara AZZI, Direttore Generale ASL Bergamo

#### PRIMA SESSIONE

#### L'esperienza del *Caregiver* familiare tra narrazione e dati

Moderatore: G. BARBAGLIO

14.25 Le esperienze del *Caregiver*. Narrazione attraverso le immagini con proiezione del video: "Uno sguardo alla persona che assiste" L. NICOLI (Produzione video: Multimagine Bergamo)

15.10 La persona che assiste si presenta: elaborazione dei questionari  
I. BARONCHELLI; R. ROSA

15.30 Criticità ed esperienze pratiche dei familiari L. NICOLI  
(con la testimonianza di Daniela ROSSI POLI)

15.40 La forza della corresponsabilità E. SCHIAVINA  
(con la testimonianza di Lidia PIATTINI GRANTALIANO)

16.00 La voce dei familiari M. CAPELLO  
(con la testimonianza di Giorgio PERSONELLI)

#### SECONDA SESSIONE

#### I nuovi servizi per la domiciliarità promossi da Regione Lombardia a sostegno delle fragilità

Moderatore: G. CALICCHIO

16.15 Centro di Assistenza Domiciliare (CeAD): riferimento e sostegno per i pazienti e per i *Caregiver*  
G. MAZZOLENI; A. MAGRI; F. FRAZZI

16.45 Provvedimenti regionali a sostegno di chi assiste a domicilio la persona fragile  
M.A. GIAROLO; P. MARTINELLI

17.10 Presentazione del libro: "Uno sguardo alla persona che assiste" M. CAPELLO

17.30 Spunti e proposte per nuovi interventi a sostegno del *caregiver* familiare R. BRESCIANI

18.00 CHIUSURA LAVORI  
e aperitivo con i familiari



## Destinatari

Il Convegno è rivolto a familiari, cittadini, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, personale di assistenza, medici, pediatri.

La partecipazione è gratuita

Il Convegno è accreditato ECM con 2.8 crediti.

## Modalità d'iscrizione

### Partecipanti interni:

attraverso il collegamento INTRANET aziendale "ANGOLO DELLA FORMAZIONE". L'iscrizione verrà confermata via mail.

### Partecipanti esterni:

Collegarsi al sito [www.asl.bergamo.it](http://www.asl.bergamo.it), accedere al Menù "Servizi on line" e quindi alla sezione "Formazione".

REGISTRAZIONE: inserire il Codice Fiscale (login) e la password, che dovrà essere utilizzata anche per le iscrizioni successive. Poi confermare ed attendere la mail di avvenuta registrazione.

ISCRIZIONE: accedere al menù a sinistra "catalogo corsi/iscrizioni" e inserire nel "Codice corso" le cifre "97306" per consentire la ricerca del Convegno.

Confermare la scelta dell'evento con .

Poi cliccare su "login" nel menù a sinistra e compilare i campi, confermando con "invia".

L'avvenuta iscrizione verrà comunicata via mail.

## Attestati

Al termine del Convegno, ai fini del perfezionamento del percorso formativo, tutti i partecipanti sono invitati a compilare la scheda di customer satisfaction:

→ fotografando il QR Code o

→ accedendo al link  
<https://it.surveymonkey.com/r/caregiveroggi>

Successivamente, a conclusione delle procedure per l'accreditamento, a tutti i partecipanti verrà rilasciato un attestato di partecipazione previa verifica dell'effettiva presenza.

## Termine iscrizioni

È possibile iscriversi entro il **8 maggio 2015**, salvo esaurimento posti disponibili (400)



**Scheda:** #16  
**Nome Struttura:** Azienda ULSS3  
**Regione:** Veneto  
**Indirizzo:** Via dei Lotti, 40  
**Sito di Riferimento:** [www.aslbassano.it](http://www.aslbassano.it)  
**Resp. Struttura:** Dott. Bortolo Simoni

**Assess. proponente:**

**Titolo del Progetto:** DONNE PER LE DONNE

**Data:** 13/05/2016 - 13/05/2016

**Descrizione/Obiettivi:** Una diagnosi di tumore al seno rappresenta a tutti gli effetti un evento critico nella vita di qualsiasi donna, a qualunque età; un'esperienza temibile e temuta, che inattesa ed improvvisa arriva ad interrompere la traiettoria di vita della donna. Le reazioni psicologiche ed emotive che caratterizzano la malattia, nelle sue diverse fasi, sono molteplici e differenti, legate alla personalità e alla storia soggettiva della donna. I bisogni psicologici investono dimensioni molto delicate e complesse, quali il tempo, l'identità personale (in relazione ai ruoli di madre, moglie, figlia, lavoratrice), il tema della vita e della morte e il significato della vita stessa. Tale percorso di vita, in relazione alla necessità di adattarsi alla malattia oncologica, comporta un riassetto globale dell'esistenza della persona. E' necessario, infatti, riorganizzare le proprie attività, la propria famiglia, la coppia, i figli, il lavoro e anche compiere un movimento emotivo e psicologico di adattamento ai cambiamenti non solo del corpo, ma soprattutto della propria vita, a partire dalla quotidianità fino ad arrivare ai valori, agli obiettivi, alle prospettive future. In questo percorso articolato di adattamento, cognitivo-razionale e psicologico-emotivo, il cancro può però rappresentare una significativa opportunità di crescita giacché comporta nella donna un cambiamento esistenziale, con una rivalutazione delle piccole, grandi cose della quotidianità della vita. A fronte della minaccia della malattia e delle numerose prove da affrontare e superare (interventi, chemioterapia, radioterapia, ormonoterapia, riabilitazione, controlli...), la donna si riconosce come diversa e si scopre come nuova, e in questo processo di auto-riconoscimento sente dentro di sé la propria auto-efficacia e la propria forza personale. In questo quadro, è nato e si è sviluppato il progetto "Donne per le Donne": dalla storia, dall'esperienza e dai desideri di Manuela e dal suo incontro con la dottoressa Serpentini, con l'Equipe del Team Senologico dell'Azienda ULSS 3 e con l'Associazione Mai Soli e grazie alla partecipazione di tutte le donne che si sono rese disponibili affinché questo desiderio diventasse realtà. Manuela, una donna operata al seno, riscopre durante l'iter terapeutico della malattia un forte interesse per la fotografia, che diventa per lei un sostegno prezioso per non lasciarsi andare allo sconforto e alla disperazione. La passione di Manuela per la fotografia e la sua sensibilità si sono unite per raccontare attraverso degli scatti e delle testimonianze scritte, che il cancro non è solo sofferenza e dolore, che di cancro si può vivere e sorridere, giorno per giorno.

**Obiettivi:** Il progetto "Donne per le donne" ha inteso realizzare un fotolibro contenente fotografie realizzate da una donna operata al seno, Manuela, e che hanno come protagoniste donne che hanno condiviso il percorso di diagnosi di tumore al seno e si sono rese disponibili a dare la loro testimonianza. Il tutto corredato da altre testimonianze scritte, brevi frasi e poesie.

Obiettivi generali dell'iniziativa sono i seguenti: 1) Empowerment femminile individuale e di gruppo; 2) Incremento dell'autoefficacia; 3) Sensibilizzazione sociale; 4) Promozione del benessere psicologico e della qualità della vita.

Questo testo, fatto dalle "donne per le donne", vuole essere un semplice e umile gesto di speranza in un momento difficile, la testimonianza che la vita, durante e dopo l'esperienza di malattia, può riprendere nelle piccole, grandi cose di tutti i giorni.

**Risultati:** Al progetto hanno partecipato 24 donne operate al seno, guidate dalla Dott.ssa S. Serpentini, psicologa del Team Senologico dell'Azienda ULSS 3, in collaborazione con l'Associazione Mai Soli, da circa 20 anni attiva nel territorio e costituita da ex pazienti oncologici. L'iniziativa, avviata nel 2014, vede la sua conclusione nel 2016 con la stampa, la presentazione e la diffusione alla cittadinanza del fotolibro. Il fotolibro viene, altresì, donato a tutte le donne che afferiscono all'Ambulatorio Senologico e all'Unità di Oncologia dell'Azienda ULSS 3. Sono stati stampati, grazie alla donazione di una donna operata al seno, 1000 fotolibri di cui allo stato attuale ne sono stati distribuiti circa la metà. La realizzazione del fotolibro ha voluto rappresentare presso il nostro territorio la testimonianza diretta che dopo la malattia è possibile riavviare il proprio cammino di vita, come prima, meglio di prima...attraverso il proprio percorso individuale ma anche attraverso la grande energia che viene dalla solidarietà sociale.

**Allegati:** #16 - Donne\_per\_le\_donne\_AZIENDA\_ULSS\_3.pdf



*Donne per le donne !!*



## **Progetti “piccoli ma belli”**

### **Regione Emilia Romagna**

Struttura: Comitato Ospedale-Territorio dell'Azienda USL della Romagna, sede di  
Rimini

titolo del progetto: **“Tutti al cinema in sala operatoria”**

### **Regione Abruzzo**

Struttura: Hospice Alba Chiara ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti

titolo del progetto **“Ortoterapia in Hospice”**

### **Regione Veneto**

Struttura: Azienda ULLSS 3 di Bassano del Grappa

titolo del progetto **“Pizza Therapy”**

Struttura: Azienda ULSS3 di Bassano del Grappa

titolo del progetto **“Touch Therapy: quando i corpi sono toccati con amore”**

### **Regione Lombardia**

Struttura: Azienda Socio-Sanitaria territoriale del Garda - Desenzano de Garda

titolo del progetto **“Danziamo il reparto”**

**Scheda:** #42

**Nome Struttura:** COTSD di Rimini (AUSL Romagna)

**Regione:** Emilia-Romagna

**Indirizzo:** Via Settembrini 2

**Sito di Riferimento:** [www.regione.emilia-romagna.it](http://www.regione.emilia-romagna.it)

**Resp. Struttura:** Fulvio Fracassi

**Assess. proponente:** Assessorato Salute Regione Emilia Romagna

**Titolo del Progetto:** "TUTTI AL CINEMA IN SALA OPERATORIA"

**Data:** 01/05/2016 - 01/05/2017

**Descrizione/Obiettivi:** L'intervento chirurgico è un'esperienza per il bambino e i suoi familiari particolarmente stressante e dolorosa, che comporta elevati livelli d'ansia preoperatoria soprattutto nel momento in cui il bambino viene accompagnato in sala operatoria. È importante affrontare il problema dell'ansia preoperatoria poiché con l'applicazione di semplici ma efficaci strumenti non farmacologici, è possibile evitare l'insorgenza di traumi e comportamenti post-operatori negativi nei pazienti pediatrici soggetti ad intervento chirurgico.

La letteratura scientifica ha dimostrato che i bambini che manifestano maggiore livello di ansia preoperatoria sono 3 volte più esposti ad assumere comportamenti negativi nel periodo post-operatorio (agitazione, pianti, incontinenza urinaria, disturbi alimentari, apatia, disturbi del sonno). È stato stimato che il 50%-70% dei bambini sottoposti ad intervento chirurgico vivono un'esperienza di ansia e di stress preoperatori e che nel 67% di questi compaiono cambiamenti del comportamento il giorno dopo l'operazione chirurgica e, questi comportamenti maladattivi persistono per 6 mesi per il 20% dei pazienti, fino a un anno per il 7%.

I momenti più critici per questi piccoli pazienti sono il distacco dalle braccia della madre al lettino operatorio, il posizionamento dell'accesso venoso e l'induzione dell'anestesia.

Grazie alla elevata tecnologia di cui è dotato il nuovo blocco operatorio dell'Ospedale Infermi di Rimini recentemente inaugurato, la sala operatoria della chirurgia pediatrica si può trasformare in una "sala cinematografica all'avanguardia" dove il bambino sdraiato sul lettino operatorio opportunamente riscaldato può essere catturato dalle immagini di un filmato o di un cartone animato o di una partita di calcio della squadra del cuore proiettate in un maxi schermo montato su pensile posto a breve distanza proprio davanti a lui.

La distrazione è una potente tecnica non farmacologica di applicazione semplice e immediata che permette al bambino di focalizzare la sua attenzione su uno stimolo alternativo e ciò permette un'alterazione della sua percezione sensoriale. Il bambino, concentrandosi su qualcosa di diverso dal dolore, può così riuscire ad allontanare l'ansia e la paura del momento.

Associando alla tecnica di distrazione del cinema su maxi schermo anche l'utilizzo della crema anestetica (conosciuta dal bambino come la crema "magica") sul dorso delle mani o sulla piega del gomito e la presenza di uno dei genitori in sala operatoria fino al momento dell'addormentamento, vengono messe in atto tutte le azioni di umanizzazione delle cure per favorire il posizionamento dell'accesso venoso e l'induzione dell'anestesia senza provocare un eccessivo stress pre-chirurgico.

La visione di filmati al momento dell'induzione dell'anestesia si è dimostrata per tutti gli studi analizzati un metodo non farmacologico valido per ridurre l'ansia preoperatoria. Oltre a risultare un metodo efficace, risulta essere un metodo poco dispendioso, poco impegnativo, che richiede poco tempo al personale sanitario.

**Obiettivi:** 1) Implementazione delle metodologie non farmacologiche più opportune volte a ridurre l'ansia preoperatoria nel bambino, permettendo un' induzione dell'anestesia non traumatica e la riduzione di effetti post-operatori negativi correlati all'ansia preoperatoria non adeguatamente trattata.

2) Sviluppo di una cultura del sollievo condivisa tra tutti gli operatori sanitari volta a una maggiore umanizzazione delle cure nei bambini da sottoporre a procedure invasive e/o interventi chirurgici affinché vengano messe in atto tutte le misure possibili per contrastare il dolore inutile e per rimuovere i pregiudizi ancora troppo diffusi nella nostra società.

**Risultati:** • Riduzione/eliminazione dei sintomi connessi all'ansia preoperatoria nel periodo postoperatorio

- Maggiore soddisfazione del piccolo paziente e dei suoi familiari
- Miglioramento della qualità dell'assistenza dello staff medico-infermieristico di sala operatoria

**Allegati:** #42 - Foto sala op.pdf



|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Scheda:</b>              | <b>#43</b>   |
| <b>Nome Struttura:</b>      | Hospice Alba Chiara  |
| <b>Regione:</b>             | <b>Abruzzo</b>   |
| <b>Indirizzo:</b>           | Via Belvedere, 65  |
| <b>Sito di Riferimento:</b> | <a href="#">asl 02 Lanciano-Vasto-Chieti</a>   |
| <b>Resp. Struttura:</b>     | Dott. Pier Paolo Carinci   |
| <b>Assess. proponente:</b>  | ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti Assessorato per la salute ed il welfare regione Abruzzo |
| <b>Titolo del Progetto:</b> | Ortoterapia in Hospice   |
| <b>Data:</b>                | 01/01/2016 - 31/12/2016  |

**Descrizione/Obiettivi:** Sulla scorta del pensiero di Aristotele che riteneva che il medico cura ma la natura guarisce, si ritiene che la dedizione, da parte dei pazienti e di chi li circonda, alla cura dell'orto abbia un effetto positivo sulla qualità della loro vita residua, pur limitata da una malattia irreversibile.

La ortoterapia non ha controindicazioni ed è ritenuta una terapia occupazionale finalizzata anche al mantenimento della autonomia da parte del paziente.

La attività a contatto della natura aiuta a gestire le proprie emozioni, migliora la percezione dell'io e rafforza la autostima del paziente. Gli atti motori legati alla coltivazione favoriscono il mantenimento della motricità e l'incremento della forza residua. Anche l'apprendimento viene stimolato così come la memoria che viene esercitata al ricordo dei tipi di piante, alla loro ciclicità e stagionalità.

Il progetto Orto d'Amore si ispira agli orti medievali, presenti nei conventi e identificati come luogo di incontro, di riflessione e di preghiera.

L'orto d'amore realizza la metafora del prendersi cura, condividendo spazi e emozioni, e quando possibile condividendo il consumo dei prodotti dell'orto in incontri conviviali.

La organizzazione dell'ortoterapia è coordinata dal responsabile della UO, dalla responsabile tecnica del progetto Dott.ssa Marina Paolucci, dai Presidenti delle associazioni di volontariato coinvolte e dagli operatori psicologi degli Hospice.

La parte tecnica che necessita di attrezzature verrà eseguita da ditta specializzata a titolo gratuito con integrazione delle spese da parte della Associazione Alba chiara Onlus che nella Assemblea generale dei soci del 29.04.2015 ha aderito pienamente al progetto.

La attività quotidiana di cura dell'orto viene assicurata dai volontari, assicurati con polizza infortuni e di responsabilità civile verso terzi a carico delle Associazioni di volontariato.

L'accesso all'Hospice dei pazienti viene regolato dal personale e limitato alla attività minima amatoriale compatibile con lo stato fisico del paziente stesso.

I pazienti ed i parenti non potranno fare uso di nessuno strumento o utensile.

Per la realizzazione dell'orto, il tipo e la collocazione delle piante ed ogni particolare tecnico si fa riferimento all'allegato tecnico "Orto d'amore" redatto dalla Dott.ssa Marina Paolucci, Dottore in scienze forestali e promotrice del progetto.

**Obiettivi:** Gli obiettivi generali del progetto sono:

La realizzazione di un orto in terra piena a scopo terapeutico di circa 500-1500 mq per

1. Fornire una attività per la terapia occupazionale dei pazienti afferenti alla rete cure palliative ed alle loro famiglie
2. Diffondere la cultura delle cure palliative alla popolazione ed in particolare la cultura dell'incontro in un luogo di riflessione e tranquillità
3. Favorire la riabilitazione psicofisica dei pazienti

I benefici attesi sono:

1. il miglioramento della qualità della vita dei pazienti terminali attraverso una azione collaterale di terapia occupazionale;
2. il miglioramento della qualità della vita dei pazienti terminali attraverso una azione indiretta tramite il coinvolgimento dei familiari e della rete amicale del paziente
3. il miglioramento della qualità della vita dei familiari, degli amici, degli operatori e dei volontari a qualsiasi titolo coinvolti nel progetto

**Risultati:** n. pazienti coinvolti / n. totale pazienti eleggibili 50%

n. familiari e amici coinvolti / n. parenti ed amici eleggibili 70%

n. volontari associati coinvolti 70%

n. volontari spontanei coinvolti 100%

n. operatori coinvolti 90%

Miglioramento della qualità della vita residua dei pazienti coinvolti

Miglioramento della qualità della vita dei familiari ed amici coinvolti

Miglioramento della qualità della vita dei volontari coinvolti

Miglioramento della qualità della vita degli operatori coinvolti

**Allegati:** Nessuno

**Scheda:** #40

**Nome Struttura:** Azienda Socio-Sanitaria Territoriale del Garda

**Regione:** Lombardia

**Indirizzo:** sede legale: Località Montecroce - 25015 Desenzano del Garda (BS)

**Sito di Riferimento:** [www.asst-garda.it](http://www.asst-garda.it)

**Resp. Struttura:** Direttore Generale Dr. Peter Assembergs

**Assess. proponente:** Giunta Regionale, Direzione Generale Welfare, U.O. Innovazione e sviluppo.

**Titolo del Progetto:** "DANZIAMO IL REPARTO"

**Data:** 04/04/2016 - 16/05/2016

**Descrizione/Obiettivi:** L'Associazione A.D.A.M.O. (Associazione degli amici Manerbio Oncologia) in collaborazione con L'associazione di danza dl Leno (BS) "ASD - Espressioni Corporee" ha creato una performance di danza intitolata "DANZIAMO IL REPARTO" realizzata nelle aree comuni e stanze di degenza dell'Unità operativa di Oncologia dell'Ospedale di Manerbio, coinvolgendo le donne in cura presso il reparto, le allieve della scuola di danza, famigliari e sostenitori dell'associazione e personale dell'Unità Operativa. Da questa performance è nato il video che qui presentiamo, realizzato da Marco Rossi, musicista e video maker.

Il video verrà proiettato durante l'evento "Dottore, che sintomi ha la felicità?", serata celebrativa delle attività dell'associazione A.D.A.M.O. che si terrà presso il Teatro Polieteamo di Manerbio il 20 maggio. Durante la serata si svolgeranno inoltre le premiazioni del "II° Bando di concorso Paola Mondolo" rivolto agli studenti delle scuole secondarie di primo grado della provincia di Brescia alle quali è stato proposto di partecipare con elaborati video e multi mediali sul tema "Noi e le malattie oncologiche ed immunologiche".

**Obiettivi:** • riscoprire il proprio corpo attraverso emozioni di incontro con parti di se per chi in quel momento da quel corpo si sente tradito

- ritrovare confidenza nel proprio corpo attraverso il linguaggio e l'armonia della danza e nell'incontro con gli altri
- creare uno spazio dove poter parlare di cancro e di chemioterapia attraverso un linguaggio leggero, che non fa paura
- cercare durante la realizzazione del video e la proiezione davanti ad un pubblico una possibile "ricetta della felicità"

**Risultati:** • aver ribaltato l'immaginario collettivo che identifica l'oncologia come luogo di cura cupo, triste e senza speranze; ma averlo rappresentato come luogo di incontro, di socializzazione e creatività.

• essere riusciti a coinvolgere in questa iniziativa diversi attori, in primo luogo le pazienti dell'unità operativa insieme a danzatrici, familiari, infermieri, medici, ed amici che danzano insieme.

• aver creato condivisione ed incontro tra mondi diversi attraverso l'adozione del linguaggio del corpo e della danza ed aver stimolato la riscoperta di valori positivi quali solidarietà, fiducia, sostegno fra pazienti, operatori, familiari.

**Allegati:** Nessuno

**Scheda:** #14  
**Nome Struttura:** Azienda ULSS3  
**Regione:** Veneto  
**Indirizzo:** Via dei Lotti, 40  
**Sito di Riferimento:** [www.aslbassano.it](http://www.aslbassano.it)  
**Resp. Struttura:** Dott. Bortolo Simoni

**Assess. proponente:**

**Titolo del Progetto:** Progetto PizzaTherapy - Facciamo lievitare le vostre emozioni

**Data:** 13/05/2016 - 13/05/2016

**Descrizione/Obiettivi:** Molteplici studi di psicologia della salute dimostrano l'importanza della positività e dell'ottimismo nell'affrontare i momenti difficili della vita. Il progetto PizzaTherapy si propone di dare continuità a un processo di pratica e di studio su un approccio sperimentale di terapia del sollievo che necessita di opportuni approfondimenti nel campo della ricerca scientifica. L'idea del progetto nasce dall'esperienza di un giovane paziente oncologico del territorio dell'Azienda ULSS 3 di Bassano del Grappa (VI) e dal suo incontro con la Dott.ssa Samantha Serpentine, psicologa dell'Azienda ULSS 3. Il giovane Marco cerca di dare un senso all'esperienza di malattia, un senso che possa trasformare la minaccia della malattia in opportunità di cambiamento e di crescita e in questo percorso fatto di momenti difficili, di emozioni brutte ma anche belle, salta fuori l'energia positiva data dalla pizza!!! Da qui il sogno di Marco, quello di realizzare un corso in cui i partecipanti, malati oncologici, abbiano l'opportunità di apprendere i fondamenti dell'arte pizzaiola ma soprattutto un corso dove sia possibile sperimentare il valore unico e prezioso della leggerezza e della solidarietà. Il progetto "PizzaTherapy" si è concretizzato in un corso di alto livello di cucina in cui è stata offerta ai partecipanti la possibilità di apprendere i "fondamenti" della preparazione della pizza: la preparazione del lievito madre, le tecniche di impasto, la lievitazione, la scelta degli ingredienti per la farcitura (con indicazioni di carattere nutrizionista fornite da una esperta), la cottura, la farcitura, la degustazione. Per la realizzazione del progetto sono stati individuati quali attori dell'iniziativa: Riccardo Antoniolo per la docenza, la Magnifica Confraternita dei Ristoratori De.Co., rappresentata dal suo presidente Roberto Astuni, per gli ingredienti e la farcitura, Marco Cerato, nel ruolo di coadiuvante e testimonial dell'iniziativa, la Dr.ssa Samantha Serpentine in qualità di coordinatrice del progetto, la Dr.ssa Silvia Scremin in qualità di nutrizionista, e l'Associazione Oncologica Bassanese "Mai Soli" Onlus, realtà del volontariato oncologico attiva sul territorio. Dal progetto è nata l'Associazione Culturale PizzaTherapy Health Promotion con lo scopo di promuovere iniziative finalizzate ad aiutare la persona colpita da malattia oncologica a riprendere la propria strada con rinnovata consapevolezza e serenità, attingendo alle energie interiori che costituiscono il patrimonio spirituale da cui nasce la volontà di vivere e il coraggio di mettersi in relazione. Il progetto iniziato nel 2014 si concluderà a Dicembre 2016.

**Obiettivi:** L'obiettivo è quello di promuovere il benessere psicologico e la qualità della vita anche nella malattia, aiutando le persone che vivono questa esperienza a "trovare" o meglio a "ritrovare" interessi e motivazioni mirate al recupero della consapevolezza della propria persona e del senso della vita. Il progetto fa riferimento all'approccio della medicina narrativa, attualmente molto considerato anche a livello scientifico, e proprio come Marco ci racconta un modo per non perdersi e non smarrire il contatto con la vita può essere rappresentato dal fare la pizza: partendo dall'impasto (e quindi dal lievito madre, simbolo della vita), fino alla preparazione e alla farcitura con prodotti De.Co. e locali, legati al territorio e, quindi, all'identità del paziente stesso.

Il presente progetto si propone nella sua fase attuale come uno studio pilota finalizzato alla valutazione della fattibilità del corso e della efficacia del progetto nei termini di gradimento, benessere psicologico e sociale dei partecipanti (valutati attraverso un questionario self-reported). Al termine dello studio pilota verrà considerata anche la riproducibilità del progetto a livello locale e nazionale.

**Risultati:** Fino ad oggi hanno partecipato al progetto 56 pazienti oncologici (range age: 16-66 anni). Il 100% dei partecipanti ha valutato rilevante l'iniziativa sia in termini di benessere psicologico che sociale, considerando l'iniziativa stessa efficace rispetto al vissuto individuale della persona nel particolare momento della sua vita. Tutti i partecipanti ritengono utile l'inserimento nei percorsi assistenziali di iniziative che favoriscano l'umanizzazione delle cure e la qualità della vita in oncologia. Pertanto, riteniamo di fondamentale importanza l'inserimento nell'assistenza al malato oncologico di approcci di carattere psicosociale che possano promuovere il senso della vita e della solidarietà. Visto il successo del progetto ci proponiamo di riproporlo con cadenza annuale affinché possa integrare i consueti percorsi clinico-assistenziali offerti al malato oncologico presso la realtà dell'Azienda ULSS 3 di Bassano del Grappa. L'iniziativa potrebbe, inoltre, estendersi anche a livello regionale e/o nazionale. La salute è un bene della collettività, riguarda l'intera comunità, non è solo l'ospedale ad essere coinvolto nei processi di cura ma l'intero territorio che lo contiene. In tal senso, il progetto PizzaTherapy ha rappresentato un ottimo esempio di integrazione Ospedale-Territorio-Comunità.

**Allegati:** #14 - PIZZATHERAPY\_AZIENDA\_ULSS\_3.pdf



PIZZATHERAPY

FACCIAMO **LIEVITARE** LE VOSTRE **EMOZIONI**

## Programma 2015

Dopo il successo dell'esperienza pilota dello scorso anno partono due nuove edizioni di PizzaTherapy. Obiettivo del corso, in linea con la mission dell'Associazione culturale PizzaTherapy Health Promotion, è quello di promuovere il benessere psicologico e sociale delle persone che stanno affrontando il percorso della malattia oncologica. Anche quest'anno l'iniziativa sarà organizzata in collaborazione con l'Associazioni dei pazienti oncologici Mai Soli, attiva da 18 anni presso l'Oncologia dell'Ospedale San Bassiano. I corsi saranno condotti dagli Chef della Magnifica Confraternita dei Ristoratori De.Co. Riccardo Antoniolo e Giovanni Scapin e avranno una impostazione psicoeducazionale con il supporto della Dott.ssa Samantha Serpentini, psicologa dell'Azienda ULSS 3, e della Dott.ssa Silvia Scremin, dietista dell'Azienda ULSS 6.

Ognuna delle due edizioni sarà organizzato in tre incontri: il primo dedicato alla cucina e agli abbinamenti, il secondo ai dolci, il terzo alla lievitazione e alla pizza.

Parteciperanno 12 pazienti per ogni edizione per un totale di 24 persone.

**1° EDIZIONE: 4-18-25 Febbraio 2015 ore 16.00-19.30**

**2° EDIZIONE: 4-18-25 Marzo 2015 ore 16.00-19.30**

**RISTORANTE OTTOCENTO: Contrà San Giorgio n. 2 - Bassano del Grappa (VI)**

Per informazioni: [info@pizzatherapy.org](mailto:info@pizzatherapy.org) • [www.pizzetherapy.org](http://www.pizzetherapy.org)

Amb. Psiconcologia: Cell. Az. 320.4077620 • Email: [samantha.serpentini@aslbasano.it](mailto:samantha.serpentini@aslbasano.it)

## VUOI PARTECIPARE?

Seguici con [#pizzatherapy\\_org](https://twitter.com/pizzatherapy_org)

evento organizzato da:



in collaborazione con:



patrocinato da:



**Scheda:** #17

**Nome Struttura:** Azienda ULSS 3

**Regione:** Veneto

**Indirizzo:** Via dei Lotti, 40

**Sito di Riferimento:** [www.aslbassano.it](http://www.aslbassano.it)

**Resp. Struttura:** Dott. Bortolo Simoni

**Assess. proponente:**

**Titolo del Progetto:** TOUCH THERAPY: QUANDO I CORPI SONO TOCCATI CON AMORE

**Data:** 13/05/2016 - 13/05/2016

**Descrizione/Obiettivi:** La diagnosi oncologica e le terapie successive possono avere un impatto molto forte sul corpo del malato: stanchezza, fatigue, rabbia, dolore, tensione, rifiuto, senso di estraneità e disorientamento. E' proprio in questo momento che può risultare opportuno attivare anche altri percorsi, di carattere psicologico e sociale, al fine di riequilibrare le energie psicofisiche. Numerosi studi della letteratura scientifica internazionale hanno dimostrato l'efficacia di interventi di medicina integrativa in ambito oncologico, tra essi il massaggio REIKI, una tecnica supportiva che si propone di ristabilire l'equilibrio della mente e del corpo. Nello specifico, la tecnica REIKI è risultata particolarmente utile nel trattamento della fatigue e nel benessere psicofisico dei malati oncologici nelle diverse fasi della malattia. Alla luce di queste considerazioni, si è deciso di avviare presso l'Azienda ULSS 3, nei Presidi Ospedalieri di Bassano del Grappa (VI) e di Asiago (VI), il progetto "Touch Therapy: Quando i corpi sono toccati con amore". Il progetto consiste nell'offrire ai malati oncologici in trattamento una terapia del sollievo consistente nel massaggio REIKI, praticato da maestri esperti volontari messi a disposizione dall'Associazione Oncologica Mai Soli, costituita da ex pazienti oncologici e attiva nel territorio da circa 20 anni. Ogni sessione di Touch Therapy dura circa 2 ore ed è a cadenza quindicinale; si svolge in un ambiente accogliente all'interno dell'ospedale, con luci soffuse e musica rilassante. Segue la sessione un momento di condivisione, supervisionato dalla psicologa, con l'analisi in gruppo dei vissuti psicologici associati al trattamento stesso. I partecipanti vengono invitati a tenere un diario in cui annotare riflessioni, pensieri ed emozioni eventualmente evocati dal trattamento effettuato; gli eventuali contenuti emersi verranno discussi con la psicologa nella sessione successiva.

**Obiettivi:** Gli obiettivi del progetto sono i seguenti:

- Indurre uno stato di rilassamento e incrementare il benessere psico-fisico;
- Stimolare la consapevolezza corporea;
- Ridurre lo stress e stimolare le difese naturali dell'organismo;
- Diminuire i livelli di ansia e di fatigue;
- Aiutare il processo di integrazione dello schema corporeo;
- Stimolare le capacità di auto-cura del corpo.

**Risultati:** Il progetto è stato avviato nel 2015 ed è tutt'ora in corso, sia presso il Presidio Ospedaliero di Bassano del Grappa (VI) che presso quello di Asiago (VI). Allo stato attuale hanno partecipato all'iniziativa nelle due diverse sedi un numero complessivo di 26 malati oncologici in fase terapeutica. Tutti i pazienti hanno manifestato un elevato livello di soddisfazione rispetto al progetto e ai promotori dello stesso, nonché un significativo riscontro positivo relativamente al benessere psico-fisico correlato al trattamento REIKI. Per una analisi più dettagliata e completa dei risultati del progetto attendiamo la conclusione della fase pilota, prevista per Dicembre 2016.

**Allegati:** #17 - Touch\_therapy\_AZIENDA\_ULSS\_3.pdf



# TOUCH THERAPY

*Quando i corpi  
sono toccati  
con amore*

La diagnosi oncologica e le terapie successive possono avere un impatto molto forte sul corpo: stanchezza, rabbia, tensione, rifiuto, senso di estraneità. E' proprio in questo momento che è necessario attivare anche altri percorsi per riequilibrare le energie psico-fisiche

## **OBIETTIVI:**

- Indurre uno stato di rilassamento e incrementare il benessere psico-fisico.
- Stimolare la consapevolezza corporea
- Abbassare lo stress e stimolare le difese naturali dell'organismo.
- Diminuire i livelli di ansia e di fatigue
- Aiutare il processo di integrazione dello schema corporeo.
- Stimolare le capacità di auto-cura del corpo.

## **METODOLOGIA**

Ogni sessione dura circa 2 ore ed è a cadenza quindicinale in un ambiente accogliente, con luci soffuse, musica dolce e rilassante. A questo segue, con la presenza della psicologa, il momento di condivisione e l'analisi dei vissuti psicologici associati al trattamento stesso.

**GLI INCONTRI VENGONO OFFERTI GRATUITAMENTE  
DALL'ASSOCIAZIONE "MAI SOLI"**



*A BASSANO DEL GRAPPA si svolgeranno al PIANO -1 dell'OSPEDALE S. BASSIANO  
a partire da mercoledì 10 settembre 2014 dalle ore 16,00 alle ore 18,00*

*A ASIAGO presso il DISTRETTO SANITARIO N. 2- VIA SISEMOL  
a partire da venerdì 12 settembre 2014 dalle ore 15,30 alle ore 17,30*

**COLLABORANO CON I VOLONTARI DELL'ASSOCIAZIONE:**

**Dr.ssa Samantha Serpentine – Psiconcologa AZIENDA SANITARIA ULSS 3 – BASSANO**  
**Dr.ssa Ingrid Pogliani- Psicologa**  
**Dr.ssa Rosella Rigoni – Psicologa**

*Per informazioni e la partecipazione telefonare o mandare un messaggio ai seguenti n.*

**BASSANO DEL GRAPPA**  
339-7893138 Dr.ssa Pogliani  
348-0066349 Sig.ra Silva

**ASIAGO**  
347-7898699 Dr.ssa Rigoni  
320-0284397 Sig.ra Adriana

*e-mail a.coral@tin.it*