



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

# XVII CONFERENZA NAZIONALE HPH PROMOZIONE DELLA SALUTE PER BAMBINI



**12-13**  
**Dicembre 2016**

Ospedale Pediatrico Bambino Gesù  
Viale Ferdinando Baldelli, 38 - ROMA



International Network of  
**H**Health  
**P**Promoting  
**H**Hospitals & Health Services

**Tema:****La promozione della salute dei bambini e degli adolescenti in Europa****Autori:**

Giulio Fornero, Coordinatore Nazionale Rete HPH&HS  
Ilaria Simonelli, Coordinatore Task Force HPH-CA

**Parole chiave:**

promozione della salute, bambini, adolescenti, HPH

**Introduzione**

I principi che guidano l'azione della Rete Health Promoting Hospitals e l'impegno delle maggiori organizzazioni internazionali per la tutela e la promozione dei diritti e della salute di bambini ed adolescenti sono i medesimi: le dichiarazioni sui diritti delle Nazioni Unite (con particolare riguardo alla *Convention on the Rights of the Child*, 1989), le strategie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (ed in particolare la strategia 2015-2020 *Investing in children: the European child and adolescent health*), gli approcci operativi e le linee guida volte a favorire la partecipazione dei bambini e delle famiglie alla costruzione e promozione della propria salute (quali *le Guidelines on the Child-friendly Health care del Consiglio d'Europa*, 2011), oltre, ovviamente, ai principi della *Ottawa Charter* (1989). Questi riferimenti aiutano non solo a orientare l'azione dei servizi sanitari all'interno della Rete HPH, ma le stesse politiche nazionali e locali, convergendo su obiettivi di salute globale al cui raggiungimento la Rete HPH dovrà contribuire.

**Contenuti**

Il quadro europeo ed internazionale relativo alla promozione della salute del bambino e dell'adolescente è piuttosto articolato e ricco di riferimenti che orientano politiche mirate, strategie di intervento, approcci operativi e la quotidiana attività svolta dai professionisti socio-sanitari. In questa sede se ne presenta una sintetica rassegna, accompagnata dalle più recenti *milestones* che hanno contrassegnato il percorso di sviluppo della promozione della salute nel contesto europeo ed internazionale fornendo indirizzi utili anche per la Rete HPH. Le strategie delle Agenzie delle Nazioni Unite mettono in luce le problematiche e le sfide da affrontare in modo congiunto per promuovere e tutelare la salute dei minori; gli approcci operativi *Human Rights-based* aiutano a capire come affrontare tali sfide e ad implementare nuovi strumenti. In questo contesto la Rete HPH internazionale, e in particolare anche quella Italiana, è chiamata a contribuire fattivamente tenendo conto della propria competenza ed esperienza sul tema. La elaborazione e implementazione di modelli operativi quali il SEMT e di *standards* specifici HPH è un modo che ha dimostrato di contribuire sensibilmente al miglioramento della condizione di vita dei bambini e degli adolescenti soprattutto in un momento critico quale è quello del ricovero ospedaliero, rappresentando un significativo merito dei professionisti socio-sanitari che li hanno elaborati e li stanno sostenendo.

**Conclusioni**

La Rete Health Promoting Hospitals è un attore rilevante nel promuovere la salute di bambini ed adolescenti, potendo mettere a comparazione e cooperazione il management ed il personale di diversa estrazione culturale, professionale, operativa e un bagaglio di esperienze molto variegata e potenzialmente esportabili. La Rete Italiana HPH detiene risorse e competenze adeguate per apportare un proprio specifico contributo in questa direzione, a partire dalla definizione e sperimentazione degli standards di promozione della salute dei bambini e degli adolescenti in ospedale e nei setting sanitari: un compito al quale non può sottrarsi per ragioni etiche e istituzionali.



International Network of  
**H**Health  
**P**romoting  
**H**ospitals & Health Services



1. Milestones
2. Strategies
3. Approach
4. Tools
5. Measuring
6. Participation
7. Action

## CHILDREN'S AND ADOLESCENTS' HEALTH PROMOTION

GIULIO FORNERO, COORDINATORE RETE ITALIANA HPH&HS  
 ILARIA SIMONELLI, COORDINATORE TF HPH-CA

## RIGHT TO HEALTH: MILESTONES



**Constitution of the World Health Organization (1946):** "a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."  
**Dichiarazione Universale dei diritti dell'Uomo (1948):** Art. 25: "Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services."

**International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (1965):** "The right to public health, medical care, social security and social services."

**International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1966):** "The States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health."

**Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (1979):**  
 Article 12: States Parties shall take all appropriate measures to eliminate discrimination against women in the field of health care in order to ensure, on a basis of equality of men and women, access to health care services, including those related to family planning.  
 Notwithstanding the provisions of paragraph 1 of this article, States Parties shall ensure to women appropriate services in connection with pregnancy, confinement and the post-natal period, granting free services where necessary, as well as adequate nutrition during pregnancy and lactation.

**Convention on the Rights of the Child (1989):**  
 Art.24 "Parties recognize the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health and to facilities for the treatment of illness and rehabilitation of health. States shall strive to ensure that no child is deprived of his or her right of access to such health care services."

**Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2006):** "persons with disabilities have the right to the enjoyment of the highest attainable standard of health without discrimination on the basis of disability."

## HEALTH PROMOTION MILESTONES (SOURCE: WHO)

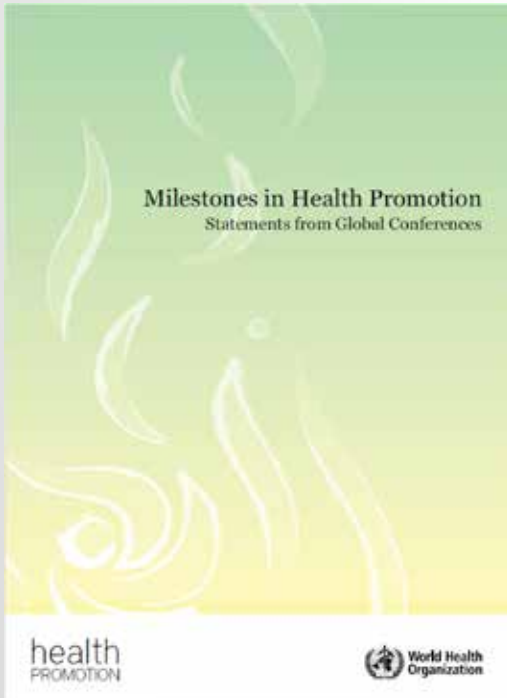
*The Ottawa Charter for Health Promotion (1986):  
Advocate, Mediate, Enable*

Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy (1988):  
Women's health, Food and Nutrition, Tobacco and Alcohol, Supportive environments

*Sundvall Statement on Supportive Environments for Health (1991):  
strengthening social action, global perspective, global accountability*

Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21<sup>st</sup> Century (1997):  
Social responsibility for health, Increase investment for health development, Consolidate and expand partnerships for health, Increase community capacity and empower the individual, Secure an infrastructure for health promotion

*The Bangkok Charter for Health Promotion in a globalized world (2005):  
Make the promotion of health central to the global development agenda,  
Make the promotion of health a core responsibility for all of government,  
Make the promotion of health a key focus of communities and civil society,  
Make the promotion of health a requirement for good corporate practice*



## **Abstract HPH Italian conference**

**Title: Children and adolescents as a vulnerable target group for reorienting health services by health promoting hospitals and health services**

Main issue: Children and adolescent friendly hospitals and health services

Author: Professor em. Jürgen M. Pelikan, PhD

Institution: WHO-CC for Health Promotion in Hospitals and Health Care at Gesundheit Österreich GmbH, Vienna Austria

Key words: reorienting health services, Children and adolescent friendly hospitals and health services

### **Introduction:**

30 years ago the Ottawa Charter for Health Promotion defined “Reorient health services” as one of its 5 action areas or strategies and offered 4 more general strategies by which that could be done: Build healthy public policy, Create supportive environments, Strengthen community action, Develop personal skills. To implement the goal of reorienting health services, the settings approach, i.e. create supportive environments, was chosen as the main strategy, and projects and networks of Health Promoting Hospitals (HPH) were initiated by WHO to implement this goal. Italy, due to its early involvement in the Healthy Cities Project, was active in the HPH development from its beginning. The two Italian hospitals from Padova and Milano who participated within the European Pilot Hospital Project and the soon later established Italian regional HPH networks played an important role in developing the international HPH movement. That resulted in two international HPH conferences in Italy (Padova 1994, Firenze 2003) and in initiating and leading two international task forces within HPH: Task Force on Migrant-Friendly and Culturally Competent Health Care (TF MFCCH) (2005-) and Task Force Health Promotion for Children and Adolescents by Hospitals (HPH-CA) (2004-). By the latter task force, HPH acknowledged that children and adolescents are a vulnerable group with specific needs and capabilities when being treated as patients in health care. Therefore, children and adolescents need specific attention and measures when reorienting health services in a more health promoting direction is intended.

### **Contents:**

The key note will have a look on how the different WHO health promotion and HPH documents relate to children and adolescents and by that give orientation for Children and Adolescent Friendly (or sensitive) Hospitals and Health Services. Of the HPH documents besides the HPH Standards, mainly the HPH Strategies will be used but also overlapping issues with other HPH task forces like Migrant-Friendly and Culturally Competent Health Care. Furthermore, the relationship of children’s and adolescent’s issues with newer developments like Salutogenic Health Care, Health Literate Health Care Organizations, The New Haven Recommendations on partnering with patients, families and citizens to enhance performance and quality in health promoting hospitals and health services (2016) and the Sustainable Development Goals will be scrutinized.

### **Conclusions:**

The key note will offer some assessment of what has already been achieved for children and adolescents within HPH, and will identify potentials for further developments and partnerships of children and adolescents friendly healthcare in the future.

## UMANIZZAZIONE DELLE CURE E VALUTAZIONE PARTECIPATA DELLA QUALITÀ

**Autori:** Giovanni Caracci\*, Sara Carzaniga\*\*

\* Direttore Area funzionale Qualità e Accreditamento, Agenas

\*\* Collaboratore Area funzionale Qualità e Accreditamento, Agenas

**Tema principale.** Qualità dell'assistenza e partnership tra professionisti sanitari e cittadini

**Parole chiave:** Empowerment, MCQ, Umanizzazione

### Introduzione

L'empowerment rappresenta un elemento strategico essenziale per l'equità, la qualità e la sostenibilità dei sistemi sanitari (WHO, 2005)<sup>1</sup>. A questo proposito, lo Stato e le Regioni nel 2007 (Conferenza Unificata, 20-09-07) hanno chiamato l'Agenas a promuovere nei sistemi sanitari regionali lo sviluppo dell'*empowerment* dei cittadini, dei pazienti, dei professionisti, delle organizzazioni e delle comunità. Sulla base di tale mandato l'Agenas ha sviluppato una serie di attività di ricerca-azione per la costruzione, condivisa con i diversi *stakeholders*, di metodi e strumenti per la valutazione ed il miglioramento della qualità dell'assistenza, basati sui principi dell'empowerment.

### Contenuti

L'Agenas promuove dal 2011 un programma per la valutazione partecipata ed il miglioramento del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero per acuti, realizzato in collaborazione con Cittadinanzattiva e con tutte le Regioni PA. Il metodo - sviluppato a partire dall'esperienza dell'*Audit Civico*<sup>®</sup> di Cittadinanzattiva e fondato sui principi della valutazione esterna della qualità - prevede la partecipazione attiva dei cittadini a tutte le fasi del processo valutativo: dalla definizione/costruzione degli item che costituiscono la checklist di valutazione, alla rilevazione dei dati (che viene realizzata da una *équipe* formata sia da cittadini, sia da professionisti della struttura di ricovero), per arrivare all'analisi dei risultati ottenuti ed alla definizione/implementazione e monitoraggio delle conseguenti azioni di miglioramento. Le 4 aree dell'umanizzazione oggetto di valutazione sono:

1. processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona
2. accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura
3. accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza
4. cura della relazione con il paziente/ cittadino.

Alla prima valutazione partecipata, conclusasi nel 2014, hanno partecipato per adesione volontaria i professionisti di 287 stabilimenti di cura e circa 300 Associazioni di rappresentanza, tutela e volontariato dell'intero territorio nazionale. Attualmente è in corso una nuova "edizione" del programma nazionale con l'obiettivo di estendere la valutazione a tutte le strutture di ricovero.

Dei 142 item di cui si compone la checklist, 16 sono dedicati a verificare l'impegno delle strutture di ricovero sui temi dell'umanizzazione dell'assistenza rivolta a bambini ed adolescenti.

Altro percorso di ricerca-azione realizzato da Agenas, in collaborazione con le Società Scientifiche, è stata la sperimentazione di un modello di valutazione partecipata della qualità del percorso clinico-assistenziale dedicato al paziente oncematologico pediatrico: in questo caso, il processo di valutazione vede coinvolte, oltre alle associazioni di rappresentanza civica, anche i familiari dei pazienti pediatrici.

### Conclusioni

Attraverso una logica di rete che vede impegnati Istituzioni e cittadini/pazienti, è possibile costruire ed implementare modelli di miglioramento della qualità basati concretamente sui principi dell'empowerment, con particolare attenzione ad alcuni ambiti rilevanti quali l'umanizzazione dell'assistenza ai bambini ed agli adolescenti.

<sup>1</sup> WHO (2005), *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*, Geneva

## INTERVENTO ANNA DE SANTI

**titolo = La promozione della salute nelle età dello sviluppo : life skills e comportamenti resilienti alla base della strategia. (Istituto Superiore di Sanità Dipartimento Neuroscienze comportamentali)**

**parole chiave = benessere/life skills/resilienza**

**introduzione** = L'Istituto Superiore di Sanità, organo tecnico scientifico del Ministero della Salute, oltre alla collaborazione a progetti nazionali e internazionali come What's up, Guadagnare Salute, Okkio alla salute ecc, ha realizzato un I progetto formativo su "Benessere e Life Skills" che prevede la formazione di operatori impegnati a vario titolo nella promozione della salute in tutte le sue forme e in tutte le fasi della vita, sia attraverso tematiche attinenti la promozione della salute e le life skills, che tramite i temi della psicologia e della spiritualità, nonché dell'efficacia delle pratiche complementari/non convenzionali e della loro possibile integrazione con la medicina ufficiale.

**contenuti** = Il Benessere (da *ben* – *essere* = "*stare bene*" o "*esistere bene*") è uno stato che coinvolge tutti gli aspetti dell'essere umano, e caratterizza la [qualità della vita](#) di ogni singolo individuo comprendendo la dimensione fisica, mentale e spirituale, il contesto abitativo, di vita e di lavoro, il clima culturale, sociale e politico.

Da molti anni l'OMS ha lanciato un allarme in quanto la diffusione delle malattie psicosomatiche sta aumentando progressivamente al punto che, fra dieci anni, malesseri come l'ansia e la [depressione](#), conseguenza di stress cronico, potrebbero trovarsi al secondo posto sulla lista dei mali più diffusi, subito dopo le patologie cardiovascolari.

Evidenze scientifiche confermano che la promozione del Benessere comporta anche la promozione negli individui delle abilità di vita, o *Life Skills* (OMS, 2004 ), ovvero sostenere la capacità di risolvere i problemi, gestire lo stress e le emozioni consentendo di operare con competenza sia sul piano individuale che su quello sociale per affrontare difficoltà, pressioni e stress della vita quotidiana.

**conclusioni** = Il progetto formativo prevede la formazione alle Life Skills attraverso una serie di Workshop mensili e un Forum annuale rivolti agli operatori sociosanitari impegnati nella promozione della salute al fine di permettere l'accesso alle migliori informazioni scientifiche e alle più efficaci tecniche e pratiche utili per promuovere il benessere psicofisico, la riduzione dello stress, dell'ansia e della depressione facendo il punto sulle attività, le tecniche, le discipline e gli stili di vita, che nutrono, curano ed arricchiscono in maniera sinergica il corpo, la mente e lo spirito.

**Abstract = INTERVENTO CRISTINA AGUZZOLI**

**Modelli organizzativi per un percorso assistenziale dalla salutogenesi alla presa in carico: la governance integrata intra ed extra sanitaria.**

Cristina Aguzzoli Promozione della Salute AAS 2, Coordinamento Programma Benessere Giovani Friuli Venezia Giulia)-

Staff : Paola Trolese, Wally Culot, Luisa Giacomini, Cinzia Braidà, Corinna Michelin, Calogero Anzallo, Luciano Pletti, Miryam Vidi, Igor Damilano, Franco Loru, Liliana Vidoz, Franco Perazza, Cristina Giuressi, Ilaria Cecot, Marjeta Kranner

Parole chiave : abilità di vita, setting, coordinamento benessere

### **Introduzione**

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 richiama tra le Azioni Centrali il rafforzamento della governance di sistema, a livello nazionale e a livello regionale. Da una revisione di alcuni documenti chiave della letteratura (1,2) risulta che gli approcci organizzativi efficaci per implementare la promozione della salute si basano sui settings. Per essere un setting che promuove salute, l'approccio di riferimento riconosciuto e sostenuto a livello internazionale è quello della rete internazionale HPH. Lo strumento chiave della rete è rappresentato dal Manuale di Autovalutazione – Implementare la Promozione della Salute negli Ospedali (3), che dal 2010 è strumento adattabile anche a tutti i Servizi Sanitari in una logica integrata Ospedale e Territorio. Numerose esperienze in Trentino (4) e da diversi anni in Friuli Venezia Giulia (4), si stanno sperimentando gli standard anche ad altri contesti come quello della scuola, dimostrando la versatilità dell'autovalutazione che è adattabile a qualsiasi contesto in cui la politica dell'organizzazione intende investire in questa area tematica. Questa modalità di autovalutazione consente il confronto tra setting e la strutturazione del dialogo intersettoriale promosso dalla definizione dell'OMS di Infrastruttura per la promozione della Salute (5) . La capacità di fare sistema tra strutture sanitarie, scolastiche, comunali, degli ambienti di lavoro, tramite strumenti di lavoro internazionali accreditati consente una cornice metodologica che facilita il benchmarking nazionale e internazionale tra contesti diversi e una rapida identificazione dei punti di forza e di debolezza su cui attivare piani di miglioramento.

**Contenuto** : “What’s Up?” (che per brevità nel testo indicheremo con la sigla WU) più che un progetto è identificabile quindi come un “sistema” che mette in rete enti e istituzioni della Provincia di Gorizia, a partire dalla scuola e dalle famiglie, per favorire il benessere dei giovani aumentando le loro competenze emotive e sociali per prevenire il disagio. L'approccio è basato sulla promozione delle abilità di vita e non si ferma al contesto scolastico, ma può trovare applicazione anche nei contesti dello sport e del tempo libero, nei luoghi di aggregazione e del divertimento, per trasferire e consolidare le competenze degli adulti significativi e far evolvere la cultura della comunità sul senso di responsabilità. L'obiettivo è disegnare un percorso assistenziale integrato che metta in connessione i fattori di protezione, quelli di gestione del rischio e la presa in carico. Il Sistema WU è stato ideato dall'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 “Bassa Friulana Isontina”, su mandato della Direzione Regionale Salute, in sinergia con la Provincia di Gorizia e la Fondazione Cassa di Risparmio di Gorizia. Partendo dalla sottoscrizione di un Protocollo di Intesa firmato



nel luglio 2014, sono stati costituite diverse stazioni di lavoro: a) la Commissione Tecnica per l'analisi dei progetti delle scuole, b) il gruppo di Regia di Comunità c) 3 sottogruppi di lavoro monotematici ( protezione, rischio e accesso ai servizi). Il Protocollo, che agisce soprattutto per radicare le life skills nel contesto scolastico, ha consentito di sostenere le scuole nell'attivazione dei Coordinamenti Benessere. Iniziative analoghe sono in corso di sperimentazione nei paesi anglosassoni (6).

### **Conclusioni**

A livello regionale tutte le aziende per l'assistenza sanitaria stanno lavorando per raggiungere la massima diffusione delle life skills come base per la crescita sana e scelte consapevoli. Fra le diverse esperienze validate, (Unplugged , Luoghi per la Salute, Peer education) si sta consolidando il Modello del Coordinamento Benessere WU basato sugli standard HPH, come cabina di regia nel contesto scuola. L'esperienza del Sistema WU, che da quest'anno coinvolge il 90 % delle scuole della Provincia di Gorizia, ha consentito di stilare un set di criteri di monitoraggio di processo e risultato. Il monitoraggio di processo, oltre a semplificare l'integrazione delle azioni legate al finanziamento "Crescere insieme con What's Up", consente un ampio margine di libertà nella traduzione didattica dei materiali contenuti nei documenti di riferimento sulle life skills prodotti dall'Istituto Superiore di Sanità (7), tenendo conto sia della necessità di promuovere linguaggi multimediali e interattivi (8,9,10,11), sia dell'autonomia scolastica. Sono stati messi a punto strumenti di lavoro per la valutazione del rischio e la gestione dei flussi di comunicazione tra enti e servizi. Il Sistema WU è andato oltre le aspettative fin dal primo esordio applicativo, riscontrando una grande adesione degli istituti scolastici goriziani e un'ampia risonanza nel territorio grazie soprattutto alla presenza in numerosi importanti eventi pubblici di cultura e spettacolo (12,13). Il modello ha ricevuto il riconoscimento dal Ministero dell'Istruzione, che ha premiato i giovani vincitori del Concorso 2016 ed è stato presentato in numerosi eventi a livello internazionale (14) come buona pratica di integrazione del modello del setting based approach.

5. Health Promotion Glossary, WHO Geneva,1998. [http://www.hphconferences.org/oslo2015/proceedings/oral-presentations.html?tx\\_hphhphproceedings\\_pi1\[sessionid\]=896&no\\_cache=1](http://www.hphconferences.org/oslo2015/proceedings/oral-presentations.html?tx_hphhphproceedings_pi1[sessionid]=896&no_cache=1)
6. <http://www.2020health.org/2020health/Publications/Publications-2015/Head-of-Wellbeing.html>
7. <http://www.ass2.sanita.fvg.it/azienda/progetti/sistema-what2019s-up/fattori-di-protezione/definizione-di-obiettivi-e-soluzione-di-problemi;> [http://www.iss.it/binary/publ/cont/0821.pdf,](http://www.iss.it/binary/publ/cont/0821.pdf)  
[http://www.iss.it/binary/publ/cont/0821.pdf;](http://www.iss.it/binary/publ/cont/0821.pdf)
8. (<https://www.youtube.com/watch?v=yRwZapj1WT8>)
9. (<https://www.youtube.com/watch?v=BfDEsfOrEaQ>)
10. (<http://www.ass2.sanita.fvg.it/azienda/progetti/sistema-what2019s-up/fattori-di-protezione/fare-unassemblea-autogestita>)
11. [www.youtube.com/channel/UCRlBqY1ZtNX1z1ws2Wb-gPg/videos](http://www.youtube.com/channel/UCRlBqY1ZtNX1z1ws2Wb-gPg/videos)
12. (<http://ilpiccolo.gelocal.it/trieste/cronaca/2015/07/08/news/adolescenti-isonini-in-vacanza-con-il-sistema-what-s-up-1.11745687>)
13. (<http://igordamilano.it/podcast/damilanos-time-con-i-ragazzi-del-sistema-whats-up/http://igordamilano.it/podcast/damilanos-time-esci-dal-tuo-avatar-20-maggio-2015/>)
14. The hph standard and the harvard lifestylemedicine tools: to tackle together the challenges of NCD during the health reform” Proceedings HPH 2016  
[http://www.hphconferences.org/fileadmin/user\\_upload/IC2016\\_Connecticut/Proceedings/P03\\_03\\_Aguzzoli-Phillips.pdf;](http://www.hphconferences.org/fileadmin/user_upload/IC2016_Connecticut/Proceedings/P03_03_Aguzzoli-Phillips.pdf)  
[http://www.hphconferences.org/fileadmin/user\\_upload/IC\\_Abstractbooks/Abstractbook\\_2015\\_Oslo.pdf](http://www.hphconferences.org/fileadmin/user_upload/IC_Abstractbooks/Abstractbook_2015_Oslo.pdf)

## Presentazione ABSTRACT POSTER



Cristina Aguzzoli, **Paola Trolese**, Wally Culot, Luisa Giacomini, Cinzia Braidà, Corinna Michelin, Calogero Anzallo, Luciano Pletti, Miryam Vidi, Igor Damilano, Franco Loru, Liliana Vidoz, Franco Perazza, Franco Loru, Anna Condolf, Marco Fragiaco, Eleonora Ippolito, Elisa Torselli.

### **Titolo: MODELLO HPH nel SETTING SCUOLA: IL COORDINAMENTO BENESSERE**

#### **Introduzione:**

“What’s up?” è un sistema dedicato a salute e educazione alle life skills per contrastare lo stress e il disagio in adolescenza, che mette in rete enti e istituzioni a partire dalla scuola e dalle famiglie, per favorire il benessere dei giovani, aumentando le loro competenze emotive e sociali per prevenire il disagio.

Si tratta di un percorso ideato dall’Azienda sanitaria Bassa Friulana-Isontina, con il supporto della Fondazione Carigo e agisce attraverso gruppi di lavoro monotematici e Commissioni tecniche tra sanità, scuola e Fondazione. Il circuito si completa con l’apporto di una rete di psicologi pubblici e privati che durante l’anno si confronta sui casi emergenti e sull’implementazione del modello definito “Coordinamento Benessere”.

#### **Contenuto:**

Il **modello** HPH nel setting SCUOLA è **rappresentato** dal *Coordinamento Benessere*, una *struttura funzionale* composta dal referente per l’Educazione alla Salute e da uno psicologo o pedagogista formato sulla strategie delle life skills e della resilienza in ambito scolastico.

**Lo strumento chiave** che guida il monitoraggio delle funzioni del Coordinamento benessere è quello dell’Autovalutazione nella rete HPH (Manuale di Autovalutazione – Implementare la Promozione della Salute negli Ospedali e Servizi Sanitari). Gli standard del Manuale sono versatili e hanno un aspetto universale per cui la strategia dell’autovalutazione, risulta adattabile nei suoi principi di base in qualsiasi realtà. Essi consentono di implementare la strategia della promozione della salute nella scuola uscendo dalla classica logica del progetto per radicarsi nel tessuto organizzativo in modo stabile.

L’obiettivo è coerente con quanto prevedono le indicazioni internazionali sulle reti delle scuole che promuovono salute, inoltre nella nostra esperienza la sinergia con gli strumenti della rete HPH consente un grado maggiore di sinergia fra sanità e scuola, così come viene richiesto dal Piano di Prevenzione Nazionale 2014/2018. Gli standard HPH, nella traduzione adattata al contesto scuola, consentono il confronto tra setting e facilitano il dialogo intersettoriale, così come previsto nella definizione dell’OMS di Infrastruttura per la promozione della Salute. La capacità di fare sistema tra strutture sanitarie, scolastiche, comunali, degli ambienti di lavoro, tramite strumenti di lavoro internazionali accreditati consente una cornice metodologica che facilita il benchmarking nazionale e internazionale tra contesti diversi e una rapida identificazione dei punti di forza e di debolezza su cui attivare piani di miglioramento.

Gli altri strumenti usati dal Coordinamento benessere sono i Rapporti Istisan 08/1 e 08/21, il testo Definizione di obiettivi e soluzione di problemi, i materiali multimediali sulle life skills prodotti dai ragazzi delle scuole e i social network gestiti dal referente per i linguaggi giovanili.

#### **Conclusioni:**

Il Coordinamento Benessere rappresenta la struttura funzionale che raccoglie i bisogni del contesto scuola, disegna piani di miglioramento condividendoli con gli stakeholders e si articola con i servizi sanitari e sociali per garantire la corretta gestione di casi di rischio e della presa in carico ove necessario. Attualmente sono stati avviati i Coordinamenti benessere nel 90 % delle scuole del territorio di pertinenza della Provincia di Gorizia e il modello è in fase di esportazione a livello regionale. Nell’anno scolastico in corso (2016/2017) What’s Up sta coinvolgendo circa 13.500 studenti in 25 istituti, a cui sono stati destinati fondi per oltre 120 mila euro dalla Fondazione Carigo. Ciò rappresenta un modello efficace per la gestione delle linee di lavoro previste dal PNP e dal Programma III del PRP del Friuli Venezia Giulia in modo stabile e non spot. Purtroppo dall’indagine HBSC 2014 risulta che l’Italia è al primo posto per la presenza di disturbi stress correlati nei giovani, quindi si tratta di investire in modo stabile sul riorientamento delle strategie finora attivate. Modelli analoghi sono in fase di sperimentazione nel mondo anglosassone ( Nuffield Health, Center of Emotional Intelligence Yale University).

Parole chiave : abilità di vita, setting, coordinamento benessere

## **Modelli di promozione della salute in bambini e adolescenti in ospedale: la prevenzione del rischio di infezioni**

Marta Ciofi degli Atti  
Responsabile UOS Epidemiologia Clinica  
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

In tutto il mondo, le infezioni sono il rischio più frequente associato all'assistenza sanitaria. L'OPBG ha attuato numerose azioni per la prevenzione delle infezioni in ospedale, che includono la conduzione di indagini annuali di prevalenza, la diffusione dei risultati ottenuti in intranet e durante incontri con il personale, la discussione delle azioni da intraprendere con il Comitato per il Controllo delle Infezioni; il miglioramento delle misure di isolamento dei pazienti e la verifica attiva della loro adozione nelle Unità Operative di degenza; l'implementazione della strategia multimodale dell'OMS "Le cure pulite sono cure più sicure", per migliorare l'igiene delle mani, che ha previsto la diffusione di brochure informative, l'affissione di poster e la disponibilità di gel alcolico; l'osservazione diretta dell'adesione degli operatori all'igiene delle mani e la diffusione dei risultati; la condivisione di protocolli per la gestione di procedure invasive e la promozione delle vaccinazioni sia per il personale che per i pazienti a rischio. Le Associazioni dei Familiari sono rappresentate nel Comitato per il Controllo delle Infezioni e partecipano a tutte queste attività. Grazie alla diffusione di queste pratiche, la frequenza delle infezioni ospedaliere è drasticamente diminuita, passando da una prevalenza dell'8% nel 2007, al 2% nel 2016. Il valore osservato è inferiore rispetto ai dati nazionali e a dati di benchmark internazionali specifici per gli ospedali pediatrici.

**Titolo:** il Percorso di promozione della salute per il diabete in età pediatrica

**Tema Principale:** PDTA per il diabete in età pediatrica nei diversi setting

**Autori:** Roberto Franceschi<sup>1</sup>, Vittoria Cauvin<sup>1</sup>, Annunziata Di Palma<sup>1</sup>, Michelina Monterosso<sup>2</sup>, Giovanni Maria Guarrera<sup>2</sup>, Emanuele Torri<sup>3</sup>, Ilaria Simonelli<sup>4</sup>

**Carica e Struttura di appartenenza**

<sup>1</sup> Dirigente Medico, U.S. Diabetologia Pediatrica, Pediatria Ospedale S.Chiera di Trento

<sup>2</sup> Area Sistemi di Governance, Azienda Provinciale per i Sistemi Sanitari del Trentino

<sup>3</sup> Dipartimento lavoro e welfare, Assessorato alla Salute e Politiche Sociali, Provincia autonoma di Trento

<sup>4</sup> Coordinatore Task Force HPH-CA (Health Promotion for and with Children in and by Hospitals)

**Parole chiave:** PDTA - diabete pediatrico – promozione della salute

**Introduzione:** come indicato dal Piano nazionale per la malattia diabetica, la nostra Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari ha adottato localmente un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per la presa in carico globale del bambino/ragazzo con diabete

**Contenuti:** nel PDTA viene riportata l'importanza della gestione della malattia all'interno di un team multi-disciplinare composto da pediatra, infermiere dedicato, dietista e psicologo con esperienza in diabetologia pediatrica. Il setting è in primis quello ospedaliero e ambulatoriale, luoghi in cui si svolge la diagnosi e si imposta l'educazione terapeutica; successivamente vengono organizzati dei campiscuola per aumentare l'autonomia e l'empowerment dei pazienti. La gestione del diabete in età pediatrica richiede inoltre intersettorialità e quindi nel PDTA sono riportate anche le modalità di formazione degli operatori della scuola e i loro compiti nell'inserimento del bambino con diabete. E' stato infine progettato un sistema di telemedicina, che è ben accettato dalle famiglie e che permette un rapporto medico-paziente più stretto, la riduzione del numero di accessi alle strutture e una gestione più puntuale della terapia

**Conclusioni:** il PDTA ha portato ad un miglioramento dell'efficienza e della qualità delle cure, attraverso il riconoscimento di un team multidisciplinare di cura e un miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni prescritte. Ha inoltre strutturato le iniziative di promozione della salute nei diversi setting: ospedale, territorio, campiscuola; PLS-MMG, operatori scolastici e popolazione generale. Il PDTA prevede anche l'analisi dei risultati con indicatori di struttura, di processo e di risultato che analizzeremo ogni 6 mesi. L'applicazione del percorso, attraverso una presa in carico globale dei bisogni del bambino/ragazzo con diabete, ci aspettiamo porti ad un miglioramento nella gestione della malattia e della qualità di vita dei pazienti

**Titolo:** Modello organizzativo informatizzato del Percorso Nascita sperimentato in Valle d'Aosta

**Tema principale:** Rete ospedale-territorio

**Autori:** Luca Peano, dirigente I livello, SC Pediatria-Neonatologia, AUSL Valle d'Aosta

**Parole chiave:** rete ospedale-territorio, informatizzazione, Percorso Nascita

#### Introduzione

Le nostre prime esperienze di raccolta dati su supporto informatizzato risalgono agli anni '80. Dal 1996 raccogliamo in modo strutturato dati socio-demografici, ostetrici, anamnestici e clinici di tutti i nati in ospedale. Anche grazie alla certificazione di Ospedale Amico del Bambino (2010) il nucleo originale si è arricchito dei database ostetrico e di quello anestesiologicalo. Nel 2011 è iniziato un progetto pilota relativo alla gravidanza fisiologica e nel 2016 è nato il Percorso Nascita, progetto aziendale ospedale-territorio di presa in carico della diade madre-neonato dalla fase preconcezionale al follow-up postnatale. La Valle d'Aosta costituisce un ottimo laboratorio epidemiologico per la presenza di un'unica AUSL con un unico ospedale, in cui nasce circa il 95% dei neonati residenti nella Regione, ed una distribuzione capillare dei consultori distrettuali.

#### Contenuti

Questo progetto coinvolge i Consultori e le SS.CC. di ostetricia-ginecologia, pediatria-neonatologia ed anestesiologicala. Gli operatori coinvolti sono: ostetriche e assistenti sanitarie consultoriali, ostetriche ospedaliere, infermiere della neonatologia, ginecologi, anestesisti e pediatri, per un totale di un centinaio di professionisti sanitari. Le sedi sono gli 8 consultori distribuiti nei 4 distretti in cui è suddiviso il territorio regionale e l'ospedale regionale. Queste strutture si avvalgono dell'accesso ad una rete di database relazionali costruiti in ambiente FileMaker con un server centrale. La popolazione target è di circa 1000 neonati/anno. Il Percorso nascita si articola in diverse fasi: nella fase preconcezionale la futura gravida accede al consultorio per le consulenze raccomandate prima del concepimento; durante la gravidanza viene monitorata in consultorio dove esegue le visite ostetriche ed i vari accertamenti previsti o presso l'ambulatorio ospedaliero in caso di gravidanza patologica; alla 36° settimana di gravidanza vengono eseguiti un check up generale e la visita anestesiologicala in ospedale; al parto la diade madre-neonato viene presa in carico dalle SS.CC di ostetricia e neonatologia fino alla dimissione; successivamente i consultori si occupano del puerperio e del follow-up postnatale. In tutti questi passaggi viene implementato, dai professionisti coinvolti, un unico database che riporta, strutturati e condivisi a livello dipartimentale, tutti i dati relativi al percorso. La scelta dell'ambiente FileMaker si è basata sulla facilità di programmazione. In sostanza il database può essere gestito da non specialisti, con immediate economie sull'impiego di risorse umane, tempi e costi.

#### Conclusioni

Un archivio condiviso e gestito dagli stessi professionisti che raccoglie i dati essenziali della diade madre-neonato, ne cancella la duplicazione tra le diverse strutture assistenziali, migliora l'accuratezza delle informazioni e favorisce un continuum assistenziale lungo tutto il percorso che va dalla fase pregestazionale ai primi mesi di vita del bambino. Favorisce il lavoro di équipe sotto la governance del Dipartimento materno-infantile e genera in tempo reale un panel di indicatori essenziali per monitorare le aree di criticità, obiettivo impensabile da ottenere dal sistema informatico aziendale e dall'osservatorio epidemiologico regionale.

Il programma "Ospedali amici dei bambini" della rete HPH piemontese.

Autore: Tangolo

La rete regionale "Health Promoting Hospitals" (HPH), in linea con la progettazione internazionale dalla rete HPH, vede fra i suoi ambiti di progettazione ed intervento un'area che viene definita "ospedali amici dei bambini",

#### **Carta dei diritti del minore ricoverato.**

Il rispetto della Carta dei diritti del bambino in ospedale, rappresenta, uno degli impegni più significativi nell'ambito della promozione della salute e nell'assistenza all'infanzia e alla famiglia, ed inoltre contribuisce a rafforzare un modello culturale nel quale il "prendersi cura" precede la diagnosi e la cura del bambino; occorre cioè che "l'ospedale" tenga conto dei loro bisogni, dei loro affetti della loro emotività.

L'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino, da sempre sensibile ai bisogni dei bambini e degli adolescenti ricoverati ed al rispetto dei loro diritti vuole adottare uno strumento utile alla tutela della parte sana del bambino durante la permanenza in ospedale, favorendo una migliore accettazione delle cure.

Per rendere concrete queste affermazioni, però, occorre passare dal dichiarare questi diritti al valutare quanto e come vengono realizzati in pratica.

Abbiamo, quindi, sentito l'esigenza di promuovere e adottare tecniche di valutazione della qualità dell'assistenza, attraverso l'attivazione di un percorso di "accreditamento volontario".

Un gruppo di lavoro composto da personale sanitario di varie professioni e rappresentanti delle Scuole e della Associazioni di Volontariato operanti presso l'Azienda, costituito nell'ambito del "Coordinamento delle attività di umanizzazione" ha analizzato le carte dei diritti del bambino in ospedale attualmente esistenti ed ha proposto di definire un "Manuale per la valutazione dell'applicazione della Carta dei Diritti del Neonato, del Bambino e dell'Adolescente in Ospedale" che nasce dall'integrazione del "Manuale per la certificazione della carta dei diritti dei bambini e degli adolescenti" prodotto dell'Associazione Bambini In Ospedale (ABIO) e della Società Italiana di Pediatria (SIP) del 2010 con "la Carta dei Diritti del Bambino in Ospedale: Manuale di accreditamento volontario" predisposto dall'Associazione (AOPI) nel 2002 e "La Carta dei diritti del bambino nato prematuro" della Società Italiana di Neonatologia (SIN) del 2011. La base di partenza per la produzione del documento è stata il manuale dell'ABIO/SIP per due motivi:

1. è adottata a livello nazionale, ed è applicabile a tutte le pediatrie inserite in ospedali generalisti
2. è articolata in quattro livelli di soddisfacimento "incrementali" (con un livello 0, considerato come non accettabile) e con i livelli 1, 2 e 3 che prevedono che ogni livello superiore richieda uno sforzo in termini organizzativi superiore: si presta quindi bene ad una logica di miglioramento continuo.

I requisiti ed i principi presenti negli altri documenti nazionali sono stati attentamente analizzati individuando quelli particolarmente significativi per un ospedale pediatrico ma che tuttavia possono essere anche obiettivo di miglioramento per le altre pediatrie.

Abbiamo quindi definito dei requisiti aggiuntivi utilizzando anche per questi la stessa logica incrementale prima descritta. In sostanza ai 21 requisiti previsti nel documento dell'ABIO/SIP sono stati aggiunti 19 ulteriori requisiti.

Il nostro obiettivo principale è quello di possedere uno strumento che ci permetta di valutare la qualità dei servizi; dimostrando dove sono già presenti livelli apprezzabili di qualità, ma nello stesso tempo di stimolare l'organizzazione a mettere in campo azioni di miglioramento quando vi siano delle carenze.

Utilizzando il manuale sono stati formati i "valutatori" cioè le persone che si recano nei vari reparti per valutare il soddisfacimento dei requisiti dichiarati.

I valutatori sono per due terzi professionisti sanitari e per un terzo "laici" (volontari e insegnanti delle scuole) perché crediamo che la valutazione della qualità sia un'attività che deve coinvolgere tutte le persone interessate al buon funzionamento dei servizi.

Nel corso di formazione dei valutatori è stata costruita anche la check list che viene utilizzata dai reparti per la fase di autovalutazione e dai valutatori nel corso della visita.

Abbiamo anche costruito un questionario di valutazione specifico sugli stessi temi previsti nel "manuale"; il questionario, che viene distribuito ai genitori dei giovani pazienti, permettendo di avere un sistema di valutazione integrato e stabile nel tempo.

La formazione di altri "valutatori" che fanno riferimento ad altre Aziende Sanitarie Regionali aderenti alla rete HPH, che sono sempre in parte operatori sanitari, ed in parte facenti parte di associazioni di volontariato, consente estendere a tutte le realtà pediatriche piemontesi un sistema di promozione della qualità delle cure dei minori che si basi su principi di valutazione condivisa e di sviluppo di azioni di miglioramento.

Ad oggi sono state effettuate (oltre alle due visite di "prova") quattro visite in reparti ed una in ambito ambulatoriale che hanno dimostrato la validità del modello proposto.

Sono state poi effettuate altre due visite in altre ASL piemontesi aderenti alla rete

## **TRANSITIONAL CARE: UN MODELLO DI CURE MULTIDISCIPLINARE E MULTIPROFESSIONALE.**

### **Tema principale: Cure di transizione.**

Tangolo Domenico<sup>1</sup>, Azzolina Maria Carmen<sup>2</sup>, Audisio Luisella<sup>3</sup>, Bianchi Margherita<sup>4</sup>, Frediani Roberto<sup>5</sup>, Frisone Enrico<sup>3</sup>, Giustetto Guido<sup>6</sup>, Greco Luigi<sup>7</sup>, Iorno Tommasina<sup>8</sup>, Palmieri Vincenzo<sup>9</sup>, Ponzetti Clemente<sup>2</sup>, Selicorni Angelo<sup>7</sup>, Taruscio Domenica<sup>10</sup>, Trimarchi Antonino<sup>4</sup>, Ventriglia Giuseppe<sup>11</sup>, Perticone Francesco<sup>9</sup>.

<sup>1</sup> ASTRA <sup>2</sup> ANMDO <sup>3</sup> Fed. IPASVI <sup>4</sup> CARD <sup>5</sup> FADOI <sup>6</sup> FNOMCeO <sup>7</sup> SIP <sup>8</sup> UNIAMO <sup>9</sup> SIMI <sup>10</sup> ISS <sup>11</sup> SIMG

**Parole chiave:** cure di transizione, modelli assistenziali, paziente pediatrico

### **Introduzione**

Negli ultimi anni è cresciuta la necessità di garantire la progettazione e la strutturazione di percorsi assistenziali che consentano una transizione graduale dall'età pediatrica all'età adulta a causa del progressivo aumento di pazienti con malattie croniche durante l'adolescenza e la durata della sopravvivenza dei bambini con malattie croniche di origine diversa, che crescendo, devono essere inseriti in un sistema assistenziale dedicato agli adulti.

Tuttavia, la rilevanza medica di queste malattie non si è accresciuta di pari passo allo sviluppo di adeguate competenze nel campo della medicina per gli adulti; quindi questi pazienti complessi incontrano difficoltà ad essere inseriti nella struttura organizzativa della medicina per adulti.

L'area target della medicina di transizione coinvolge, per esempio, malattie genetiche rare, malattie allergiche, bronchiti croniche, disturbi psichiatrici, diabete, malattie cardiache, malattie reumatiche.

Per quanto riguarda l'assistenza socio-sanitaria, la letteratura scientifica dimostra che il tipo di cura offerti all'interno dell'area pediatrica e di quella rivolta agli adulti è profondamente diversa. I due contesti, infatti, richiedono l'accesso a target diversi: il paziente pediatrico, considerata una "persona in divenire", richiede l'assistenza dei suoi parenti a livello clinico, così come nel processo decisionale; dall'altro lato, il paziente adulto è considerato un individuo autonomo e indipendente, in grado di auto-gestirsi.

Per queste ragioni, rileviamo l'esistenza di una notevole eterogeneità di trattamento sia in relazione alle condizioni cliniche che al luogo di residenza dei pazienti, con conseguenze negative inevitabili sulla qualità delle cure e l'impiego di risorse.

### **Contenuti**

Obiettivo principale del progetto è quello di individuare le caratteristiche "vincenti" dei modelli di transizione in cui la pianificazione della transizione e il coinvolgimento in tutte le fasi dei pazienti e della famiglia sono variabili fondamentali del percorso di cura.

Il progetto si riferisce non solo alle malattie rare, ma anche alle altre patologie più diffuse. Gli autori hanno lo scopo di identificare i modelli organizzativi adattabili alle condizioni cliniche reali.

Il progetto si compone di tre fasi principali che corrono "in parallelo":

**modelling:** un gruppo di direzione (cosiddetto: tavolo di regia), fornisce il compito di formulare ipotesi di lavoro e requisiti di qualità dei servizi di "Transitional Care" indipendenti della condizione clinica da trattare.

Le ipotesi di lavoro sono sottoposti a una valutazione del Comitato Tecnico Consultivo composto da società scientifiche e associazioni di pazienti per stimarne la fattibilità e l'efficienza teorica. Un documento preliminare di criteri per la definizione del progetto relativo alle cure di transizione è stato redatto e discusso in tre riunioni consecutive.

**trial:** in questa fase, gli autori identificano alcune regioni in cui partner istituzionali e universitari vengono coinvolti per la progettazione di modelli organizzativi concreti e per definire nuovi metodi di formazione per la diffusione del progetto.

**mappatura** delle esperienze: si prevede di rendere disponibile un documento di sintesi delle esperienze svolte in tutta Italia, al fine di individuare i punti di forza e di debolezza. Un questionario specifico è stato progettato per essere distribuito a tutto il personale interessato.

Il progetto prevede il coinvolgimento di numerosi partner, tra i quali sono considerati di massima priorità: istituzioni (Ministero della Salute, Regioni, ASL e Aziende Ospedaliere), Università, società scientifiche mediche, stakeholders, associazioni che coinvolgono famiglie e pazienti, istituti di ricerca scientifica (ISS).

### **Conclusioni**

Il Transitional Care è un progetto multidisciplinare e multiprofessionale che considera la complessità della malattia in transizione come un'opportunità per l'implementazione e la validazione di modelli assistenziali innovativi in cui tutti gli stakeholders possano lavorare insieme per il miglioramento delle cure.

## **PERCORSI DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO PER LA PRESA IN CARICO DEGLI ADOLESCENTI CON PROBLEMATICHE SOCIOSANITARIE COMPLESSE**

**Roberta Balestra<sup>o</sup>, Rita Giorgi<sup>^</sup>, Vittoria Sola<sup>”</sup>, Stefano Russian<sup>\*</sup>**

<sup>o</sup> Dipartimento delle dipendenze Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste

<sup>^</sup> Pronto Soccorso IRCCS Burlo Garofolo

<sup>”</sup> Distretto Sanitario n.3 Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste

<sup>\*</sup> Direzione Sanitaria IRCCS Burlo Garofolo Trieste

Gli interventi in adolescenza sono ancora frammentari ed influenzati da prassi e valutazioni disciplinari ed organizzative carenti sotto il profilo dell'approccio di sistema. L'Azienda ASUITS assicura attività sanitaria e sociosanitaria territoriale con 4 Distretti Sanitari e 3 Dipartimenti (di Salute Mentale, delle Dipendenze e di Prevenzione); l'IRCCS Burlo Garofolo garantisce, oltre all'attività didattica e di ricerca, un ospedale ad alta specializzazione nel settore pediatrico ed in quello della tutela della salute della donna. Un gruppo multiprofessionale interaziendale ha definito i percorsi di continuità in grado di contrastare la frammentarietà nella risposta e valorizzare le specifiche competenze/responsabilità istituzionali.

### **Contenuti**

Le problematiche di salute degli adolescenti, specie quelle di “salute mentale” intesa in senso lato, mostrano un trend in aumento (per l'OMS il 7-10% di tutti i bambini e adolescenti è esposto al rischio di malattia psichiatrica); hanno nuove caratteristiche, che richiedono aggiornamento, flessibilità organizzativa e una risposta integrata tra ospedale e territorio. Individuare precocemente le situazioni a rischio consente di guadagnare tempo utile per anticipare il supporto al ragazzo ed alla famiglia, contrastare il pericolo di aggravamento e cronicizzazione. Il target è quello dei ragazzi con età tra 15 e 17 anni, ma a conclusione del lavoro il gruppo ha deciso di ampliare il protocollo alla fascia 12-17 anni, in considerazione delle caratteristiche dell'utenza. Si è preso in esame l'osservatorio del Pronto Soccorso pediatrico, con i ricoveri in Neuropsichiatria Infantile (NPI), la domanda giunta ai Distretti sanitari, ai Dipartimenti delle Dipendenze (DDD) e di Salute Mentale (DSM). I dati sono riferiti al 2014. Dell'utenza complessiva del PS pediatrico, è stata selezionata quella con motivazione d'arrivo compresa tra avvelenamenti/intossicazioni, autolesionismo, e sintomi quali stato confusionale, dolore toracico, disturbi dell'equilibrio, distress respiratorio, palpitazioni e perdita di coscienza dovuta a crisi d'ansia/agitazione. Sono stati 88 i ragazzi tra i 15-17 anni giunti al PS; di questi, 18 sono stati ricoverati in NPI e 13 tenuti in osservazione e poi dimessi. Nel reparto di NPI sono stati ricoverati 44 minori per problematiche di natura psichiatrica/psicologica; di questi 21 avevano età compresa tra i 15 e i 17 anni. Nei 4 Distretti sono arrivati 158 soggetti di età 15-25. Tra coloro che hanno completato la valutazione (circa il 80%), 15 ragazzi avevano uno Stato Mentale a Rischio (SMR) e in 1 un esordio psicotico. Al DDD, dove da tre anni è attivo un servizio dedicato all'utenza under 25, sono stati 85 i ragazzi presi in carico per consumi a rischio e dipendenza, di cui 17 minorenni. Al DSM si sono rivolte 270 ragazze under 25 anni; 166 hanno necessitato di una presa in carico strutturata nel tempo. Il protocollo migliora la comunicazione inter-servizi e facilita una risposta tempestiva introducendo criteri omogenei per la segnalazione del ragazzo da parte dei servizi ospedalieri al coordinatore infermieristico del Distretto (accessi ripetuti al PS, primo accesso in presenza di una situazione multi-problematica, ragazzo già in carico ai servizi territoriali, ragazzo con ritiro sociale, gravi problemi di rendimento/abbandono scolastico). Una check-list con domande pre-definite facilita e rende più omogenea la valutazione degli specialisti ospedalieri. Il consenso dei genitori è indispensabile e viene raccolto presso il Servizio ospedaliero. I familiari vengono avvisati che entro una settimana saranno chiamati dal Distretto per concordare l'appuntamento.

### **Conclusioni**

Si tratta di un'utenza non numerosa, ma caratterizzata da bisogni complessi, con momenti di crisi rischiose, che necessitano di percorsi di cura integrati tra ospedale e territorio. Tale approccio facilita la lettura interdisciplinare del disagio ed la risposta appropriata. Obiettivo strategico è quello di facilitare l'accesso, la presa in carico precoce e la ritenzione in trattamento di questi adolescenti e prevenire il ricovero inappropriato.

Componenti del gruppo di lavoro:

IRCCS BURLO GAROFOLO - Patrizia Visconti, Stefano Russian, Rita Giorgi, Franca Davi, Giovanna Morini,  
ASUITS - Roberta Balestra, Mimma Romano, Vittoria Sola, Claudia Bortoluzzi, Elisabetta Fabrici Pascolo



**Titolo:** Il Progetto "Nati per Leggere" della Regione Autonoma Valle d'Aosta: un'esperienza di rete

**Tema principale:** Progetto Nati per Leggere della Regione Valle d'Aosta

**Autori:** Cesare Arioni (Direttore Dipartimento Materno Infantile, Azienda USL Valle d'Aosta), Marco Debernardi (Pediatria Libera Scelta, Regione Valle d'Aosta)

**Parole Chiave:** sinergia, lettura ad alta voce

## INTRODUZIONE

Il progetto Nati per Leggere (NpL), programma nazionale di lettura ad alta voce sin dall'età preverbale, si propone di costruire e rafforzare sin dalla nascita rapporti empatici di attaccamento sicuro genitore-figlio, rivelandosi come valido supporto per la genitorialità. Intende inoltre offrire stimoli adeguati per il raggiungimento delle migliori qualità cognitive che ciascun bambino ha potenzialmente a disposizione. Studi scientifici dimostrano che il bambino esposto precocemente alla lettura avrà un migliore linguaggio, una migliore capacità di lettura e un migliore rapporto con la scuola. Il buon livello di autostima che ciò comporta sarà il presupposto di un miglior successo negli studi e, successivamente, nella vita.

## CONTENUTI

Gli obiettivi specifici del progetto NpL sono:

1. estensione del progetto a tutta la popolazione infantile in età 0-3 anni sfruttando le peculiarità della nostra Regione.
2. coinvolgimento, come promotori dell'iniziativa, dei pediatri ospedalieri e convenzionati, del personale non medico operante nelle diverse strutture sanitarie e del personale non sanitario (educatori di asili-nido, garderies, tate familiari) che si occupa del bambino in fascia 0-3 anni, dopo formazione adeguata.
3. offerta di libri adeguati alle diverse età del bambino, tenuto conto del suo sviluppo neuropsicologico, selezionati dal Catalogo NpL.
4. diffusione di libri con le stesse caratteristiche nelle Biblioteche del Sistema Bibliotecario Valdostano con individuazione di uno spazio dedicato ai genitori per la lettura ai bambini 0-3 anni.
5. attività di lettura ad alta voce nelle sale d'attesa e nello spazio giochi della SC di Pediatria-Neonatologia, degli ambulatori e studi pediatrici e negli Asili-Nido o altre strutture che ospitano o svolgono servizi per famiglie con bambini molto piccoli.
6. sinergia con la formazione sul campo messa in atto dalla SS di NPI dell'USL Valle d'Aosta finalizzata allo sviluppo delle competenze comunicative nell'autismo, attraverso la metodica della comunicazione aumentativa alternativa e la costruzione di storie e libri.

## CONCLUSIONI

Il progetto NpL è realizzato dall'Azienda USL Valle d'Aosta in collaborazione con l'Assessorato alla Sanità e l'Assessorato Istruzione e Cultura. Il coordinamento per conto dell'Azienda è affidato alla direzione del Dipartimento Materno Infantile.

Con la lettura ad alta voce, fin dal periodo preverbale, si intende offrire al bambino stimoli adeguati per lo sviluppo ed il miglioramento di:

- competenze linguistiche in comprensione ed espressione
- competenze fonologiche e competenze narrative
- attenzione condivisa e focalizzata
- coordinazione uditivo-motoria
- sviluppo sociale ed emozionale e capacità di ascolto

**Titolo: Integrare le Reti HPH regionali: il sito della Rete HPH Italia – Comunità di Pratica**

Tema: comunicazione

Autori: **Giuseppina Viola \*** (autore referente)

**Giovanni Romano \*\***

Parole chiave: promozione della salute, empowerment, comunicazione, rete HPH

**Introduzione**

Un sito internet rappresenta un ambiente virtuale di *supporto* a una comunità reale, in letteratura sono state date diverse definizioni di comunità virtuali:

Una comunità virtuale è un gruppo di persone che condividono un corpo di pratiche, attività o interessi lavorativi, e che trovano in Internet l'ambiente per accedere a specifiche informazioni, per incontrarsi, per interagire e condividere esperienze e conoscenza. Esse traggono benefici dallo scambio di informazioni e dal sistema di relazioni sviluppando collaborativamente e dinamicamente migliori pratiche, soluzioni e conoscenze. (Stefano Miceli 2000).

Un sito web rappresenta

- Uno spazio in rete di sussidio alla comunità reale
- Luoghi di condivisione delle conoscenze
- Archivi immateriali della memoria umana

Si possono distinguere diversi tipi di comunità virtuale:

1. **Gruppi di discussione** si aggregano attorno a uno o più temi legati alla sfera degli interessi personali dei partecipanti e non sempre hanno finalità precise. I componenti per interagire non utilizzano ambienti e piattaforme strutturate ma semplici strumenti di comunicazione interpersonali quali forum mailing list. Queste comunità assumono una struttura a cerchi concentrici, con forti differenze a livello di impegno e di partecipazione da parte dei componenti.

2. **Comunità di apprendimento** Sono gruppi di persone condividono l'obiettivo di acquisire determinate conoscenze e competenze utilizzando a tal fine gli strumenti per il trasferimento dei contenuti e la valutazione dell'apprendimento. Normalmente queste comunità hanno un ciclo breve, legato a specifici progetti di formazione e sono guidate da un tutor formatore, affiancato da docenti specializzati.

3. **Comunità di pratica** La comunità di pratica sono comunità auto gestite, dove la crescita professionale non si basa più sul percorso formativo formale strutturato (in presenza o a distanza) ma sulla condivisione delle esperienze, sull'individuazione delle migliori pratiche e sull'aiuto reciproco nell'affrontare problemi quotidiani della propria professione.

**Contenuti**

Il sito web [www.hphitalia.net](http://www.hphitalia.net) è uno strumento di supporto alla comunità di pratica degli operatori e soggetti aderenti alla Rete HPH. Rappresenta un luogo di condivisione di esperienze e progettualità che si basa sul principio del mutuo apprendimento.

Il menù principale si articola nelle seguenti pagine:

- **Home:** una pagina di "copertina" nella quale è presente la notizia più recente
- **Chi siamo:** presentazione della Rete, dei suoi obiettivi dei suoi principi in particolare contiene il documento "*La rete Internazionale degli Ospedali e dei Servizi Sanitari che Promuovono Salute: integrare la promozione della salute e negli ospedali e nei servizi sanitari*". Concetti, struttura e organizzazione. Documento tradotto in Italiano dal Cipes.

- Nella Sezione **Strumenti**: si fa una presentazione degli standard internazionali della Rete HPH.
- **HPH Task Force**: le principali Reti HPH internazionali
  - Health Promotion with Children & Adolescents
  - Migrant-Friendly e culturalmente competenti Health Care
- **Reti Regionali**: area nella quale i componenti delle Reti Regionali provvedono all'aggiornamento e all'iscrizione dei documenti dei progetti da condividere con le altre reti regionali.
- **Documenti**: area gestita dal Cipes nella quale si condividono i documenti internazionali della Rete HPH e dell'OMS sul tema della promozione della salute e le procedure per aderire alla Rete
- **Convegni**: raccolta di tutto il materiale relativo ai convegni nazionali e internazionali della Rete HPH in particolare gli atti e del materiale fotografico e multimediale presentato ai dei convegni.
- **Contatti**: riferimenti dei coordinatori nazionali e internazionali

Una particolare attenzione è rivolta al collegamento del sito con i social media in particolare fb e twitter.

(\*) Comunicatore pubblico sanità, Responsabile Qualità Relazionale umanizzazione dei servizi sanitari –  
Urp ASLTO2 Piemonte

(\*\*) Vice Presidente del CIPES – Centro di iniziativa per la Promozione della Salute e l'Educazione  
Sanitaria

**Titolo:** Il progetto Baby Friendly Hospital dell'Azienda USL Valle d'Aosta: punti di forza

**Tema principale:** Applicazione del Progetto BFH nell'Azienda USL Valle d'Aosta

**Autori:** Vielmi Francesca, Bechaz Marisa, Arioni Cesare (Dirigenti Medici S.C. Pediatria e Neonatologia Ospedale Beauregard AUSL Valle d'Aosta)

**Parole chiave:** BFHI, 10 Passi

**Introduzione:** Il progetto Baby Friendly Hospital è attivo all'interno del Dipartimento Materno Infantile (DMI) dell'Ospedale Beauregard di Aosta dal 2010, anno in cui è stata raggiunta la prima certificazione BFH da parte dell'Unicef, seguita da una seconda rivalutazione avvenuta nel 2013 in cui è stata confermata la nomina di "Ospedale Amico dei Bambini".

**Contenuti:** La Baby Friendly Hospital Initiative, lanciata da OMS e Unicef nel 1991, incoraggia le buone pratiche basate sulle evidenze scientifiche per la promozione ed il sostegno dell'allattamento e il rispetto della naturalità dell'evento nascita con il fine ultimo di costruire una "cultura dell'allattamento" che possa essere di sostegno ad un progetto più ampio di promozione della salute globale.

Nella nostra realtà, all'interno dei passi previsti dal progetto (i dieci passi per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento nei servizi per la maternità), si riscontrano tre punti di forza: lo skin to skin in corso di taglio cesareo, la continuità assistenziale con le strutture territoriali e la presenza di un gruppo di auto-aiuto composto da mamme peer counsellors che è in rapporti di stretta collaborazione con il dipartimento materno infantile.

Lo skin to skin in corso di taglio cesareo è garantito in tutti i casi di intervento programmato e, in casi selezionati, anche in caso di intervento eseguito in regime di urgenza, grazie alla collaborazione del personale in turno. Questo permette l'instaurarsi di un più precoce rapporto tra la madre ed il bambino, che si ripercuote positivamente sulla possibilità di allattamento esclusivo al seno, facilitando il bonding anche in caso di "parto difficile".

La continuità assistenziale con le strutture territoriali, che lavorano in stretto contatto ed in sinergia con il personale del DMI, si esplica tramite costante comunicazione telematica dei dati e delle caratteristiche relativi a tutti i nuovi nati residenti sul territorio regionale. Questo è possibile attraverso la condivisione di dati su un programma apposito che permette lo scambio di informazioni relative ai pazienti anche in tempo reale. Viene inoltre garantita la dimissione protetta, mediante la prima visita post-dimissione entro i primi 10 giorni di vita del bambino da parte dei pediatri ospedalieri presso i Consultori della Regione.

Il gruppo di auto-aiuto "Pronto Mamy" è risultato essere un valido punto di appoggio dopo la dimissione della diade madre-bambino sul territorio, in quanto le madri peer counsellors formano una rete di sostegno fondamentale per le neomamme nonché un importante strumento di supporto e diffusione di quella cultura dell'allattamento che risulta essere alla base del progetto Baby Friendly Hospital.

**Conclusioni:** L'applicazione dei 10 Passi della Baby Friendly Hospital Initiative ha permesso, oltre a sostenere e implementare l'allattamento materno esclusivo quale migliore forma di alimentazione del bambino nei primi sei mesi di vita del bambino, di adottare presso il DMI una modalità di lavoro multidisciplinare intra ed extraospedaliero con un approccio di collaborazione e condivisione.

## **XVII CONFERENZA NAZIONALE HPH PROMOZIONE DELLA SALUTE PER BAMBINI**

### **LO SCREENING METABOLICO ESTESO IN FRIULI VENEZIA GIULIA**

MAGGIORE A. (§) , COPPOLA N. (\*), URRIZA M. (§), GIGLIO L. (\*), DEMARINI S. (§), SCANNAPIECO G. (§)

(§) IRCCS BURLO GAROFOLO - TRIESTE (\*) Direzione Centrale Salute Regione FVG

La Regione Friuli Venezia Giulia dal 1 aprile 2016 ha attivato lo screening neonatale esteso per le malattie metaboliche allo scopo di individuare subito dopo la nascita eventuali patologie rare quanto rischiose, anticipando i nuovi LEA .

Il progetto di prevenzione permette di individuare i neonati affetti e a rischio di una serie di malattie rare congenite prima che le patologie si evidenzino con sintomi e disfunzioni ed è coordinato dall'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste per conto di tutti i nove punti nascita del Friuli Venezia Giulia.

Lo screening prevede 29 test complessivi che permettono di individuare più di quaranta errori congeniti nel metabolismo che causano malattie la cui incidenza, oggi, è di 2 casi ogni 3mila nati per le quali sono disponibili terapie risolutive. Trattandosi di patologie congenite, permette anche di rendere informata la famiglia nel caso in cui decida di avere altri figli.

Le malattie sottoposte a screening riguardano :

- Difetti del metabolismo degli aminoacidi
- Difetti del metabolismo degli acidi organici
- Difetti della beta ossidazione degli acidi grassi
- Malattie Lisosomiali

Lo screening non è invasivo e, grazie all'elevato livello tecnologico degli strumenti, necessita di un'unica analisi su una goccia di sangue effettuata con uno spettrometro particolarmente sensibile.

Il Friuli Venezia Giulia, insieme a Toscana, Liguria, Emilia Romagna, Lazio, Umbria, Veneto, Sicilia, Sardegna, Campania e Marche, è tra le dieci regioni italiane che hanno attivato questi protocolli di prevenzione.

Alla data attuale tutti i genitori dei nuovi nati in FVG hanno aderito allo screening.

***Influenza dell'ambiente indoor e outdoor: Influenza dell'ambiente relazionale e fisico sul percorso evolutivo di bambini e adolescenti nei diversi contesti di vita e assistenza.***

**Maselli L.<sup>1</sup>, Manfredi F.<sup>2</sup>, De Marzo P.<sup>3</sup>, Ciruzzi F.<sup>4</sup>, Bartoli C.<sup>1</sup>**

1. National Research Center of Lifestyle Sciences, TECNOPOLIS PST - Valenzano BA, Italy
2. U.O. Ortopedia e Traumatologia, Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" – Bari, Italy
3. Scuola Media Statale "G. Carducci" - Bari, Italy
4. U.O Neonatologia e Pediatria, Presidio Ospedaliero "S.Paolo" – Bari, Italy

**Introduzione:** L'Età Evolutiva rappresenta il delicato periodo di vita compreso tra la nascita e i 20 anni circa e ben si configura con un processo dinamico costituito da una serie di cambiamenti, che naturalmente avvengono e dai quali dipendono importanti implicazioni per il futuro dell'individuo. L'ambiente in cui vive il soggetto in età evolutiva, le relazioni che intreccia con le persone da cui è circondato influenzano lo sviluppo della sua intelligenza e delle sue potenzialità. Già dalla fine del '700, il naturalista francese Jean-Baptiste Lamarck era convinto che tutti gli esseri viventi potessero subire dei cambiamenti a seguito della pressione dell'ambiente circostante (e tale cambiamento, di conseguenza, era la prova di un processo di evoluzione). Successivamente il biologo britannico Conrad Hal Waddington, con i suoi esperimenti di Embriologia apre scenari del tutto innovativi nel paradigma scientifico dando il via alla grande rivoluzione dell'Epigenetica. L'Epigenetica è lo studio delle variazioni mitotiche e meiotiche nella funzione genomica che non possono essere spiegate nei termini di variazioni di sequenza del DNA (Riggs, 1996). Grazie al contributo delle Neuroscienze ciò che è emerso chiaramente negli ultimi decenni di ricerche è che l'interazione geni-ambiente costituisce il nodo fondamentale nella regolazione del comportamento umano. Oggi sappiamo che i geni influenzano la risposta individuale agli stimoli ambientali, ma che anche l'ambiente modula l'influenza dei geni regolandone l'espressione. L'aspetto biologico (meccanismi neurologici ed endocrini presenti fin dalla nascita, che determinano il grado di attivazione emotiva, il livello di attività motoria, la socievolezza e l'impulsività) della personalità e le influenze ambientali (la famiglia, la scuola, il lavoro ecc.) determinano i caratteri e le condotte degli individui in processo evolutivo sottostante alla continua interazione tra desideri, aspettative personali, condizioni storiche e sociali, apprendimento e socializzazione (Strelau, 1983). In sostanza i cambiamenti, seppur lenti, vi sono durante l'arco di tutta la vita e sempre maggiori sono le evidenze sul ruolo che le modifiche epigenetiche esercitano durante lo sviluppo dei neuroni e della loro influenza nel modulare funzioni cognitive normali quali la percezione, la memoria, l'apprendimento, le emozioni e il comportamento (Allen et al, 2008; Meza-Sosa et al, 2012; Molfese, 2011). Un'errata regolazione epigenetica può contribuire ad una espressione genica anomala alla base di numerose malattie neuropsichiatriche e neurodegenerative, inclusi l'autismo, la schizofrenia, la depressione, e la Malattia di Alzheimer (Abdolmaleky et al, 2011; Coppieters et al, 2011; Gruber et al, 2011).

**Contenuti:** L'epoca storica in cui stiamo vivendo è caratterizzata da profondi mutamenti sia di ordine culturale che sociale, a cui contribuiscono le attuali condizioni di vita sempre più frenetiche e stressanti. Queste trasformazioni epocali hanno un'inevitabile effetto anche sui rapporti intrapersonali e interpersonali. Sappiamo che la famiglia assieme alla scuola costituisce un punto di riferimento importante per quanto riguarda il ruolo dell'educazione. L'educazione è un processo dinamico complesso che deve essere in grado di trasmettere sani valori, scopi e propositi piuttosto che una mera regolamentazione derivante da un'esperienza oramai astratta e fuori tempo. I bambini e gli adolescenti necessitano, oggi più che mai, di apprendere la creatività, coltivando con amore e interesse le varie attività arricchendo così la propria personalità. La famiglia e la scuola rappresentano, solitamente, l'ambiente preferenziale per il soggetto in Età Evolutiva ed esso sembra influire in maniera epigenetica sullo sviluppo neuronale, sui comportamenti adattivi e sulla resilienza dello stesso. Ad esempio, studi epidemiologici hanno dimostrato che lo stress subito dalla madre durante la gravidanza ha effetti negativi sullo sviluppo cerebrale e di conseguenza sul comportamento, le capacità cognitive e la reattività emotiva della prole (Mueller e Bale, 2008; Oberlander et al, 2008; Morgan e Bale, 2011; Zucchi et al, 2013). Inoltre secondo Bale e colleghi la prole concepita da un topo maschio stressato mostra una risposta più intensa del normale agli stimoli stressanti (Bale et col, 2015). Lo stress pare rimanere "impresso" negli spermatozoi tanto da regolare l'espressione del DNA e delle molecole di microRNA (miRNA). Per finire, ratti allevati da madri che li leccano e mordicchiano spesso mostrano, da adulti, un livello decisamente ridotto di stress rispetto a quegli animali allevati da madri che interagiscono molto poco con loro (Liu et al., 1997). Inoltre mostravano una ridotta metilazione corrispondente ad una maggiore espressione del recettore nell'ippocampo e di conseguenza ad una più adeguata risposta allo stress. Si ritiene che queste caratteristiche di metilazione, che si mantengono anche nel ratto adulto, siano funzione diretta del comportamento materno.

**Conclusioni:** *L'influenza del comportamento e dello stile di vita dei genitori sembra pesare notevolmente sul futuro dell'individuo. Quello della madre, poiché nelle prime fasi dello sviluppo cellulare dell'individuo è l'RNA messaggero a essere tradotto in proteine e quello del padre, poiché i miRNA di provenienza paterna possono legarsi all'RNA messaggero controllandone la traduzione in proteine (Bale et col., 2015). Vivere in un contesto di serenità, complicità e amore compassionevole è quindi di fondamentale importanza per tutti noi, ancor più per il soggetto in Età Evolutiva. L'educazione è un processo complesso che deve trasmettere non solo regole, ma piuttosto sani valori, scopi e propositi. Solo così bambini e adolescenti potranno acquisire creatività, interesse e amore nello svolgere le varie attività e arricchire così la loro personalità. Educare è sì un mestiere difficile, non esistono e mai esisteranno educatori perfetti, tuttavia oggi siamo consapevoli dell'importanza dei meccanismi neurobiologici di regolazione del comportamento umano ed è anche grazie a questi che possiamo comprendere e accettare i nostri limiti. Allo stesso tempo possiamo essere presenti nell'educazione dei giovanissimi con il massimo impegno, passione ed entusiasmo offrendo loro la possibilità di una sana e collaborativa cooperazione finalizzata non alla creazione di un futuro automa quanto alla crescita e allo sviluppo del senso profondo della vita e lo scopo della propria esistenza.*

La Terapia dell'Accoglienza

Lucia Celesti MD

Responsabile Accoglienza e Servizi per la Famiglia

Direzione Sanitaria

Ospedale pediatrico Bambino Gesù

Non solo in qualità di Responsabile del servizio di Accoglienza dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù, il più grande Ospedale europeo per i bambini e gli adolescenti, ma anche in veste personale, sono profondamente e sempre più convinta che l'accoglienza non è un elemento accessorio della cura, ma una premessa alla terapia: per i genitori sentirsi "affidati" ad altri, potersi concentrare sull'unica cosa che conta, la salute del proprio bambino, è fondamentale.

Molto scarse però, se non quasi inesistenti, sono in Italia le strutture ospedaliere organizzate con strutture di Accoglienza e che, parallelamente alle strutture di Clinica e Ricerca, sul modello dei Family Services dei Paesi anglofoni, considerano l'accoglienza della famiglia, fin dal primo contatto con l'ospedale, come un fattore fondamentale della cura.

E' con questi fini che la "Terapia dell'Accoglienza" si sviluppa in una serie di servizi che hanno l'obiettivo di rispondere ai bisogni di salute dei piccoli pazienti anche attraverso la cura delle famiglie, con l'aiuto di personale dedicato, considerando l'accoglienza della famiglia, fin dal primo contatto con l'ospedale, un fattore fondamentale della cura.

I servizi partono con la accoglienza alloggiativa delle famiglie bisognose, per proseguire con tutor dedicati a famiglie a disagio sociale, cosiddetti 'Angeli custodi, a percorsi facilitati, 'tappeti rossi', sempre per famiglie disagiate che vengono da lontano, per passare alla Scuola in Ospedale, di ogni ordine e grado, alle attività di gioco strutturato da parte degli educatori professionali – specialmente rivolte ai bambini nelle terapie intensive-, al sostegno indispensabile delle Associazioni genitoriali e di Volontariato, al Servizio Sociale, al Counseling ed al progetto Speak up – valutazione proattiva della qualità percepita-, alla creazione di spazi per genitori e bambini ed adolescenti – la casa delle Cicogne, per mamme che allattano i propri bambini nelle Terapie Intensive, le sale di relax, gli spazi per i soli teenager, le launderette, etc - e infine le attività più tradizionali di verifica della Customer satisfaction, come le survey e la gestione dei reclami.

Accogliere bene è già curare: questa è la nostra filosofia, ed il nostro motto, col quale ci rivolgiamo alle nostre famiglie, è: "Pensate solo a vostro figlio, al resto pensiamo noi".



**Titolo**

LA SALUTE DEL BAMBINO RIFUGIATO: BARRIERE NELL' ACCESSO AI SERVIZI SANITARI E POSSIBILI SOLUZIONI

**Tema principale:** Accesso ai servizi sanitari per minori rifugiati

**Autori**

Chiarenza Antonio, Responsabile Staff Ricerca e Innovazione – Area Governo Clinico, Ausl di Reggio Emilia

Benedetta Riboldi, Staff Ricerca e Innovazione – Area Governo Clinico, Ausl di Reggio Emilia

Ilaria Dall'Asta, Staff Ricerca e Innovazione – Area Governo Clinico, Ausl di Reggio Emilia

Anna Ciannameo, Staff Ricerca e Innovazione – Area Governo Clinico, Ausl di Reggio Emilia

Valentina Chiesa, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Parma

**Parole chiave (max 3)**

- 1) minori non accompagnati
- 2) rifugiati o richiedenti asilo
- 3) accesso ai servizi sanitari

**Introduzione:**

Negli ultimi anni il numero dei minori non accompagnati è aumentato in diversi Paesi d'Europa: se consideriamo i primi 5 mesi dell'anno, dal 2015 al 2016 il numero di bambini arrivati in Italia attraverso il Nord Africa è più che raddoppiato. Inoltre secondo il rapporto dell'UNICEF del 2016, i minori non accompagnati costituiscono oltre il 92% dei 7.567 bambini che hanno attraversato il Mediterraneo tra il 1 gennaio e il 31 maggio 2016.

I bambini e gli adolescenti rifugiati sono uno dei gruppi più vulnerabili in tutta Europa: alcuni di loro sono fuggiti da persecuzione o da guerre, altri dalla povertà e dalla miseria, altri ancora sono vittime della tratta. Per queste ragioni tra i minori rifugiati sono molto frequenti problemi di salute mentale come il disturbo post-traumatico da stress, l'ansia e la depressione: essi infatti sono particolarmente a rischio perché non solo vivono in una situazione relativamente difficile in quanto minori rifugiati che soggiornano in un altro paese, ma sono anche costretti ad affrontare altri rischi dovuti all'assenza dei loro genitori, come esperienze traumatiche, sfruttamento o abuso.

**Contenuti:**

I bambini e i minori irregolari devono affrontare diverse barriere di accesso ai servizi sanitari tra cui impedimenti burocratici, mancanza di informazioni adeguate, problemi linguistici, paura di essere scoperti, oppure scarsa conoscenza degli aspetti legati alla salute mentale, poca possibilità di accesso ai servizi di salute mentale, lo stigma, ecc. Inoltre la legislazione dei diversi Paesi europei non è omogenea per cui non sempre nel territorio dell'Unione Europea sono garantiti gli stessi servizi e lo stesso livello di assistenza ai minori rifugiati. Questo aspetto sicuramente produce ulteriori barriere di accesso poiché implica anche una mancanza di trasferimento di informazioni sanitarie dei minori che si spostano da un Paese all'altro: ciò non permette di conoscere la storia di salute dei bambini e soprattutto non permette di garantire la continuità delle cure.

Dall'altra parte esistono a livello europeo diverse esperienze e buone pratiche che sono state realizzate per superare queste barriere come ad esempio la realizzazione di programmi efficaci di promozione della salute, lo sviluppo di strategie e campagne di prevenzione, la divulgazione di informazioni per i richiedenti asilo, o ancora l'implementazione di iniziative formative per gli operatori sanitari sui bambini rifugiati e le questioni relative alla salute degli adolescenti. Inoltre lo sviluppo e l'implementazione dei servizi di interpretariato e di mediazione linguistico-culturale hanno sicuramente un effetto positivo nel facilitare la comunicazione dei bambini e degli adolescenti, che spesso hanno difficoltà ad esprimere i propri bisogni di salute sia perché non riescono ad esprimersi ma anche perché sono molto spaventati.

Le organizzazioni non governative spesso assumono un ruolo importante nel collaborare con i servizi sanitari e sociali per favorire l'utilizzo dei servizi da parte dei richiedenti asilo e la divulgazione delle informazioni su come accedere e muoversi all'interno del sistema sanitario; o ad esempio per supportare l'organizzazione di corsi di lingua per donne e bambini oppure per fornire supporto psicologico.

**Conclusioni**

I minori richiedenti asilo e irregolari incontrano numerose difficoltà nell'accesso a servizi sanitari di alta qualità a causa di impedimenti burocratici, mancanza di informazioni adeguate o per paura di essere scoperti. Si tratta quindi di una fascia della popolazione particolarmente vulnerabile ed è quindi necessario mettere in evidenza la necessità di sostenere i bisogni di salute di questi bambini e adolescenti, in particolare quelli relativi a disturbi di salute mentale causati da esperienze traumatiche, come la migrazione forzata. Tutti i bambini migranti, indipendentemente dal loro status dovrebbero avere gli stessi diritti di accedere all'assistenza sanitaria dei bambini che risiedono in quel determinato Paese. Inoltre si sottolinea l'importanza di includere queste riflessioni nelle legislazioni per la protezione dei bambini di tutti gli stati membri dell'Unione Europea poiché il fenomeno dei richiedenti asilo coinvolge diversi stati ed è quindi necessario puntare ad una continuità di garanzia del diritto di salute, e quindi delle cure.

**Titolo:** Dalla gravidanza al puerperio : percorsi possibili di continuità e presa in carico

**Tema Principale:** il percorso nascita secondo il modello caseload per la promozione della salute della mamma e del neonato

**Autori:** Caterina Masè<sup>1</sup>, Saverio Tateo<sup>2</sup>, Vanda Chiodega<sup>3</sup>, Micheline Monterosso<sup>4</sup>, Giovanni Maria Guarrera<sup>4</sup>,

**Carica e Struttura di appartenenza**

<sup>1</sup> Ostetrica Operation Manager Percorso Nascita, <sup>2</sup>Direttore Dipartimento ostetrico APSS Trento, <sup>3</sup>Ostetrica Coordinatrice Consultori Distretto Centro Sud, <sup>4</sup> Area Sistemi di Governance, Azienda Provinciale per i Sistemi Sanitari del Trentino

**Parole chiave:** Percorso Nascita – promozione della salute

**Introduzione:** come indicato da numerosi studi la continuità dell’assistenza in gravidanza, parto e puerperio assicura migliori outcome materni e neonatali<sup>1</sup>. La nostra Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari ha realizzato un percorso che permette a tutte le donne un tempestivo accesso ai servizi fin dal periodo periconcezionale fino a otto settimane dal parto con l’attivazione di una ostetrica dedicata che si interfaccia con una équipe multi professionale in base alle problematiche rilevate

**Contenuti:** Il percorso nascita in Trentino prevede l’offerta attiva a tutte le donne di un primo colloquio con l’ostetrica e successivi controlli secondo dei percorsi clinico diagnostico assistenziali differenziati in base alle specifiche condizioni di salute della donna. Il modello di assistenza ostetrica denominato “ midwifery caseload “ adottato nel percorso, assicura una riduzione dell’incidenza di parti prematuri, una tempestiva rilevazione delle situazioni di disagio sociale che possono accompagnarsi a situazioni di fragilità o di violenza domestica e un buon avvio e prosecuzione dell’allattamento al seno oltre alla precoce individuazione di situazioni di deviazione dalla fisiologia con adozione di specifici PDTA (es. ipotiroidismo gravidico, diabete gestazionale).Viene favorito l’empowerment della donna e della famiglia in un’ottica di salutogenesi. Il monitoraggio degli indicatori e una indagine qualitativa permetteranno l’oggettivazione del percorso con pubblicazione dei dati relativi al nostro territorio. Ad oggi sono oltre 1000 le donne inserite nel percorso.

**Conclusioni:** Il percorso Nascita ha portato ad un miglioramento dell’efficienza, efficacia e appropriatezza degli interventi di monitoraggio della gravidanza e del puerperio con un riconoscimento delle situazioni di deviazione dalla fisiologia e relativa attivazione di un team multidisciplinare per tali situazioni. Il percorso Nascita permette una buona attivazione di iniziative di promozione della salute (es mamme libere dal fumo, campagna vaccinazioni, campagna nati per leggere, comunità e ospedali BFH).

bibliografia di riferimento

- <sup>1</sup>Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, Robertson N (2010). Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 3. Art. No.: CD005470. DOI: 10.1002/14651858.CD005470.pub2.
- Bingham D, Main EK (2010). Effective implementation strategies and tactics for leading change on maternity units. J Perinat Neonatal Nurs, 2010; 24(1): 32-42
- Birthplace in England Collaborative Group, Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, Mccourt C, Marlow N, Miller A, Newburn M, Petrou S, Puddicombe D, Redshaw M, Rowe R, Sandall J, Silverton L, Stewart M. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. British Medical Journal. 2011;343.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. (2007) Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3.
- Better Births.improving outcome in maternity services in England 2016
- Midwife –led continuity models versus other models of care for childbearing women (review) Sandall et al., Cochrane 2016

### **La formazione dei docenti nella scuola che promuove salute**

Tema: La promozione della salute nella scuola. Corso FAD per i docenti scolastici

Autori: Giovanni Romano (\*)

Parole chiave: scuola, HPS, promozione della salute

#### **Introduzione**

Le età dell'infanzia e dell'adolescenza sono ricche di potenziale da esprimere e particolarmente sensibili ai processi di apprendimento, fra i quali l'assimilazione di conoscenze utili alla gestione della propria salute (*empowerment*), l'adozione di comportamenti e stili di vita sani e responsabili, l'acquisizione di capacità di resilienza (*coping*) contro episodi di malattia e contro le avversità della vita.

Le istituzioni scolastiche, nel prendere in carico bambini ed adolescenti in una prospettiva di promozione della salute, svolgono una funzione fondamentale per la formazione dei cittadini di domani e, in questo senso, altrettanto fondamentale per la collettività nel suo complesso.

Ovviamente, il massimo dell'efficacia di un approccio didattico coerente con una prospettiva di promozione della salute si realizza in un contesto ambientale favorevole. Secondo le indicazioni dell'*International United Health Promotion and Education (IUHPE)*, una scuola promotrice di salute dovrebbe poter beneficiare di una serie di condizioni abilitanti, fra le quali l'esistenza di condizioni perché il personale e tutti gli operatori coinvolti abbiano la possibilità di intraprendere adeguati percorsi formativi e l'opportunità di mettere in pratica le proprie competenze.

#### **Contenuti**

Con specifico riferimento a quest'ultimo punto, l'iniziativa di formazione proposta dal CIPES ai docenti delle scuole elementari e medie di primo e secondo grado (STRATEGIE E STRUMENTI PER UNA SCUOLA IN SALUTE, fruibile in modalità FAD), si propone di presentare in modo auspicabilmente chiaro ed esaustivo il tema della "salute" e della "promozione della salute" secondo un percorso che comprende:

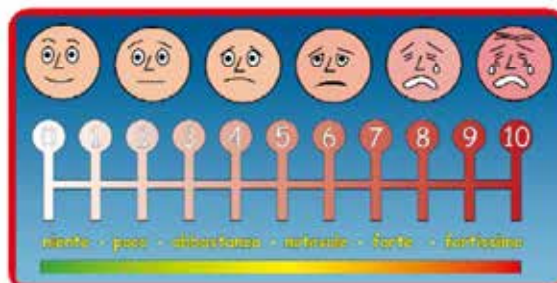
- l'introduzione al tema (definizione di salute, la promozione della salute, i determinanti di salute, gli indicatori, etc.);
- la promozione della salute nell'ambito scolastico secondo l'approccio metodologico della *life skills education* suggerito dall'OMS;
- un approfondimento del tema "comunicazione" in una "scuola che promuove salute": aspetti teorici e pratici;
- disagio e benessere organizzativo nella "scuola che promuove salute" con attenzione specifica alla salute degli operatori della scuola.

L'obiettivo è di dare strumenti culturali e metodologici ai docenti affinché, nella loro quotidiana attività di insegnamento e attraverso i contenuti che nella loro libertà ritengono più idonei alla formazione, possano trasferire ai loro allievi i fondamenti della promozione della salute. Si tratterà cioè di utilizzare le unità disciplinari inerenti alla propria disciplina (la storia romana, le favole di Rodari, il pessimismo storico di Leopardi, l'apparato digerente, etc.) in chiave di promozione della salute, agendo quindi sul metodo, sulle scelte di lettura di un contenuto disciplinare, che può sempre essere utilizzato a livelli diversi, tutti ugualmente legittimi e didatticamente e pedagogicamente coerenti rispetto alla formazione della persona e del cittadino che è e resta il fine primario dell'istruzione e della formazione pubblica.

(\*) Vice Presidente del CIPES – Centro di iniziativa per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria

## “Il monitoraggio del dolore a domicilio del paziente

OSPEDALE SENZA DOLORE			
Bambino Gesù Ospedale pediatrico	0	1	2
<b>Viso</b>	Sorriso e non presenta espressioni particolari	Lo sorride, si accigliena, strabuzza gli occhi	Esami duri, presenza costante del malumore, pianto e sudore
<b>Pianto</b>	Poco piange, da sveglio e nel sonno	Piange e piagnucola, al lenzuola occasionalmente	Piange costantemente, grida e singhiozza, in lenzuola spesso
<b>Consolabilità</b>	Si rilassa subito	Si rilassa parzialmente, al lenzuola occasionalmente	È difficile da consolare, si agita
<b>Gambe</b>	Da posizioni normali si rilassa	Agitato, in flessione, senza rigare	Stretto, o fesso in tutte le posizioni
<b>Attività</b>	Si distacca tranquillamente la posizione normale, si muove facilmente	Si dimena, si sposta avanti e indietro, si irrigidisce	Si muove in modo prolungato o a scatti



### Emanuela Tiozzo

L’Ospedale Pediatrico Bambino Gesù ha inserito la valutazione e la gestione del dolore tra i suoi obiettivi prioritari, ed ha istituito nel 2010 il Comitato “Ospedale senza dolore” (COSD).

La rilevazione della presenza del dolore è effettuata sistematicamente in tutti i pazienti che afferiscono in ospedale.

In ogni U.O. dell’OPBG sono utilizzati protocolli di rilevazione e rivalutazione del dolore.

Obiettivo del progetto di miglioramento è stato quello di “Garantire una gestione **sicura** ed **efficace** del dolore nel post operatorio a domicilio attraverso l’Empowerment della famiglia”.

Coinvolgere la famiglia nel processo di valutazione del dolore al fine di mettere il bambino e la famiglia al centro della gestione del dolore. Abbiamo la responsabilità di dare strumenti alla famiglia affinché sappia riconoscere e valutare il dolore del proprio figlio anche in un contesto domiciliare. La riduzione dei tempi di ricovero e l’utilizzo di nuovi regimi di ricovero portano oggi il paziente e la sua famiglia a svolgere il decorso post operatorio presso il proprio domicilio. Dobbiamo quindi facilitare il **coinvolgimento** e la **partecipazione** dei genitori nel piano di cura e dare strumenti alla famiglia per riconoscere e valutare il dolore del figlio a domicilio dopo la dimissione, questo è stato “il Valore Guida” del progetto.

Questo è ciò a cui dobbiamo tendere, creare un’allenza con i genitori per una completa tutela del bambino, genitori formati ed informati sanno prendersi cura e gestire il problema di salute dei bambini che noi assistiamo in ospedale ed affidiamo alla dimissione alle cure dei genitori.

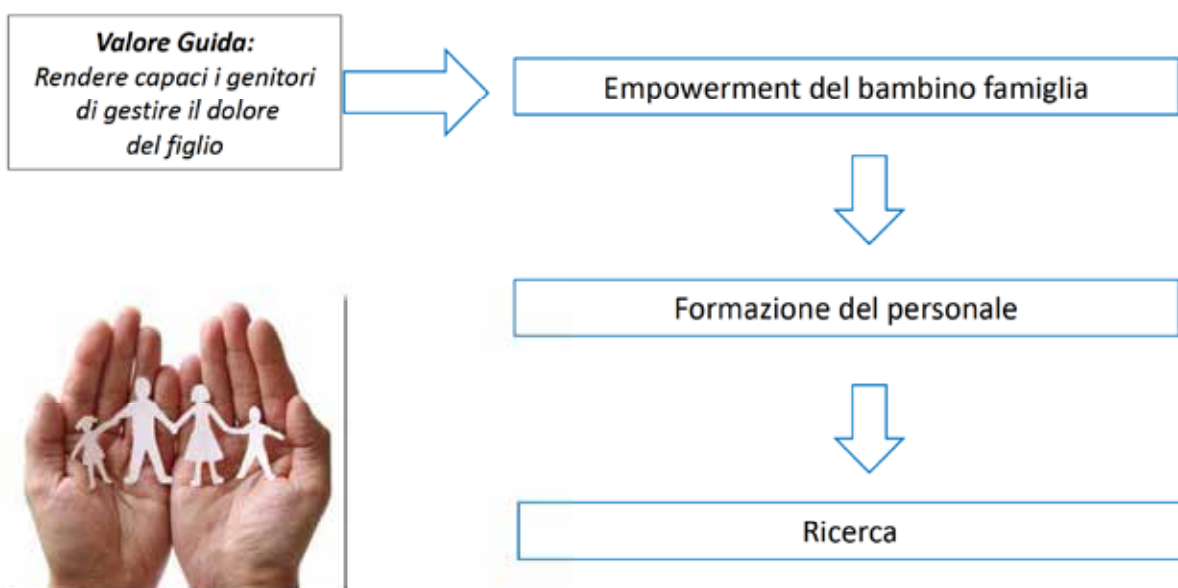
Tutto questo viene definito nella teoria della Family Centered Care, inserito dall’ospedale nei suoi piani strategici, Empowerment del bambino/famiglia.

Le fasi del progetto:

1. **Formazione del personale:** Per realizzare tale progetto siamo partiti dal formare il nostro personale, solo attraverso la formazione si riesce ad

attuare la modifica di un comportamento e di una cultura, abbiamo effettuato dei corsi di formazione per il personale infermieristico nei reparti interessati

2. Sviluppo di un'APP per la valutazione del dolore: Grazie al gruppo multidisciplinare di progetto nel quale erano coinvolti infermieri, medici, telemedicina, epidemiologi, informatici, statistici e esperti della comunicazione è stata sviluppata una applicazione informatica scaricabile da APPLE Store e Google Play in grado quindi di interfacciarsi sia sui sistemi IOS che su quelli Android. Lo sviluppo si è basato su una flow chart che descriveva tutte le azioni necessarie per la valutazione del dolore da parte dei genitori fino a giungere alla sua registrazione su una piattaforma. Sono state prese in considerazione due scale la FLACC per la valutazione del dolore nei bambini di età inferiore ai 4 anni e scale di valutazione del dolore per bambini di età superiore ai 4 anni. L'accesso all'applicazione sugli store è gratuita ma il suo utilizzo presuppone l'inserimento dei numeri nosologico e nosografico corrispondenti al ricovero e la data di nascita indispensabile per l'appropriatezza della scala utilizzata per la valutazione del dolore. In effetti proprio grazie a questo dato inserito l'APP offre al genitore l'esclusivo utilizzo di una tipologia di scala appropriata appunto all'età del bambino. In base al punteggio ottenuto l'applicazione fornisce le indicazioni ai genitori di seguire la prescrizione e per punteggi più alti contattare il medico per ulteriori indicazioni sul trattamento del dolore. L'applicazione viene scaricata da un infermiere che chiede il consenso ai genitori che ne autorizzano anche la raccolta dati su piattaforma. Lo stesso infermiere monitorizza le valutazioni effettuate quotidianamente e contatta le famiglie di bambini per i quali i valori riportati sulla piattaforma sono superiori a 4.



## **BambiniMoltoInForma: programma integrato per la prevenzione dell'obesità in età pediatrica a Reggio Emilia**

### **Tema principale: prevenzione obesità**

**Autori:** Elena Ferrari<sup>1</sup>, Anna Maria Davoli<sup>1</sup>, Simone Storani<sup>2</sup>, Laura Bonvicini<sup>3,4</sup>, Serena Broccoli<sup>3,4</sup>, Francesca Ferrari<sup>3,4</sup>, Alessandro Volta<sup>2</sup>, Paolo Giorgi Rossi<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Pediatra di Libera Scelta, AUSL Reggio Emilia, Italy

<sup>2</sup>Programma Cure Primarie, Azienda Unità Sanitaria Locale, Reggio Emilia, Italy

<sup>3</sup>Servizio Interaziendale di Epidemiologia, Azienda Unità Sanitaria Locale, Reggio Emilia, Italy

<sup>4</sup>Arcispedale Santa Maria Nuova - IRCCS, Reggio Emilia, Italy

### **Parole chiave: presa in carico, sovrappeso, stili di vita**

#### **INTRODUZIONE**

L'obesità infantile è un'importante fattore di rischio per l'obesità nell'età adulta e per molte altre patologie croniche. Nel nostro paese, la percentuale di bambini sovrappeso e obesi è tra le più alte in Europa.

A Reggio Emilia nel 2008 lo studio *SoNIA* (Sorveglianza Nutrizionale Infanzia Adolescenza) mette in luce un'alta prevalenza di bambini obesi a 6 anni (14,2%). La rilevazione *Okkio alla salute* individua nel 2014 un 20,9% di sovrappeso, e un 9,8% di obesi tra i bambini di 8 e 9 anni.

L'American Academy of Pediatrics sottolinea l'importanza della prevenzione dell'obesità coinvolgendo i pediatri nella rilevazione di peso, altezza e percentile di BMI nei bambini dai due anni di età, utilizzando metodi e strumenti condivisi.

La delibera della Giunta Regionale n. 780/2013 della Regione Emilia-Romagna definisce il modello di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso come obiettivo specifico del Piano Regionale per la prevenzione.

L'AUSL di Reggio Emilia ha deciso di inserire il progetto "Sovrappeso e Obesità" negli Accordi Aziendali dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) a partire dagli anni 2008-2010 a tutt'oggi.

#### **CONTENUTI**

I PLS hanno deciso di lavorare in rete coinvolgendo più servizi (Pediatria, Servizio Igiene Alimenti (SIAN), Epidemiologia, Luoghi di Prevenzione e Cure Primarie).

Negli anni 2012-2015 hanno implementato e testato tramite un trial randomizzato, un intervento motivazionale volto al cambiamento degli stili di vita. L'intervento è rivolto ai bambini sovrappeso di 5-7 anni e ai loro genitori (*Davoli et al. Pediatrics 2013;132(5) Broccoli et al. Pediatrics 2016;137(1)*). E' risultato però efficace solo per le femmine e più efficace per i bambini di mamme con titolo di studio alto. Il counselling si è rivelato sostenibile nella pratica clinica dei PLS. I risultati ottenuti a 12 mesi dalla fine dell'intervento non hanno confermato quanto trovato dopo un anno.

Seguendo le indicazioni della letteratura (*Rosnicow et al. Pediatrics. 2015 Apr;135(4)*) si è deciso di strutturare l'intervento su due anni con 12 mesi intensivi e 12 mesi di rinforzo. Il counselling motivazionale da parte del pediatra per le bambine sovrappeso di 6 anni così strutturato è attualmente parte integrante del modello di presa in carico a Reggio Emilia.

Parallelamente a questo studio i PLS, consapevoli dell'importanza dell'identificazione precoce dell'obesità nei propri assistiti, hanno deciso di utilizzare la raccolta di informazioni che avviene in occasione dei bilanci di salute come opportunità per intercettare il problema dell'obesità e tentare di elaborare le prime azioni di prevenzione. Hanno quindi iniziato a rilevare il BMI percentile e variabili relative agli stili di vita in occasione dei bilanci di salute ai 3 e 5-6 anni. La prima rilevazione al bilancio di salute dei tre anni ha evidenziato che, a questa età, la prevalenza di sovrappeso e obesità è piuttosto limitata: 7,9% e 2,0%. La prevalenza è più alta a cinque anni: sovrappeso 9,2%, obesità 4,4%.

#### **CONCLUSIONI**

Nella provincia di Reggio Emilia si sta tentando di mettere in atto un programma di prevenzione e presa in carico dell'obesità infantile che integra azioni di prevenzione primaria e secondaria.

Rimangono delle problematiche aperte e da approfondire come ad esempio decidere come lavorare con i bambini maschi sovrappeso.

Le rilevazioni ripetute a tre e cinque anni (e successive età) danno la possibilità di seguire i bambini nel tempo e di studiare l'azione dei fattori di rischio.

**Tema:**  
**Gli Standards di promozione della salute del bambino e dell'adolescente della Rete internazionale**  
**HPH & HS:**  
**Stato dell'arte**

**Autore:**

Ilaria Simonelli, Fondazione Bruno Kessler

**Parole chiave:**

bambini, adolescenti, standard, promozione della salute

**Introduzione:**

La Task Force sulla Promozione della Salute dei Bambini e degli Adolescenti negli Ospedali e nei servizi sanitari (Task Force on Health Promotion for and with Children and Adolescents in and by Hospitals and Health Services – TF HPH-CA) è formata da 26 membri provenienti da Italia, Spagna, Grecia, Portogallo, Ungheria, Australia, Stati Uniti, Austria, Paesi Bassi, Singapore, Regno Unito, Belgio, Estonia, Argentina, Canada, Croazia, Scozia, Francia, Norvegia, EACH (European Association for Children in Hospital). La Task Force è stata costituita nel 2004 dall'Ufficio europeo dell'OMS di Barcellona. Le aree di lavoro comprendono la promozione del rispetto dei diritti dei bambini negli ospedali; la mappatura e la valutazione delle attuali pratiche di promozione della salute rivolte ai bambini e agli adolescenti in ospedale; la realizzazione di una Comunità di pratica; la facilitazione dello scambio di conoscenze; il miglioramento del livello di literacy dei professionisti sanitari sul diritto dei bambini alla salute negli ospedali e delle strutture sanitarie; la partecipazione a progetti europei e internazionali.

**Contenuti**

Gli standards generali di promozione della salute della Rete HPH & HS sono stati approvati nel 2004 e sono attualmente in fase di revisione. Nell'ambito della promozione della salute dei bambini e degli adolescenti, la Task force HPH-CA ha avviato recentemente la definizione di specifici standards (ancora in corso d'opera) tenendo conto:

- del quadro di riferimento generale articolato in 5 aree (*Management Policy, Patient Assessment, Patient information and Intervention, Promoting a healthy Workplace, Continuity and Co-operation*);
- degli indirizzi della *Carta di Ottawa (OMS, 1986)*, del *Child Rights-based Approach* sviluppato dalle Agenzie delle Nazioni Unite (OMS, Unicef, Unesco) con particolare riguardo al Diritto del bambino alla salute (proclamato dall'art.24 della Convenzione sui diritti del bambino, 1989), del *Child-friendly health care* approvato dal Consiglio d'Europa (2010);
- di alcune altre esperienze internazionali quali *Child friendly health care, EACH Charter, Child friendly health care (Council of Europe), Baby-friendly hospitals initiative (1991)*;
- della esperienza condotta dalla Task force HPH-CA sugli standards di autovalutazione del rispetto dei diritti del bambino in ospedale (Self Evaluation Model and Tool, SEMT, 2009-ongoing).

**Conclusioni**

Come previsto dal *General Comment* del Comitato on the Rights of the Child (OHCHR) numero 15, relativo al diritto del bambino ad ottenere il più alto standard di salute possibile, che mette in evidenza come tale diritto alla salute dei bambini debba essere supportato e reso concreto da standards e buone pratiche di salute pubblica basate sull'evidenza scientifica, occorre definire standards di promozione della salute che riguardino gli Ospedali ed i servizi sanitari. Il lavoro della Task force HPH-CA va in questa direzione. La Rete HPH internazionale, le Reti nazionali e le Reti regionali possono in questo modo contribuire a garantire i diritti dei bambini e degli adolescenti, far crescere la cultura della promozione della salute, coinvolgere genitori e famigliari in questa tematica, sviluppare sensibilità e competenze professionali sanitarie esemplari anche per altri contesti di vita (asili, scuole, setting sportivi e ricreativi, ecc.).



## TITOLO

### **NATI PER LEGGERE: A.O. MAURIZIANO E BIBLIOTECHE TORINESI PER IL BENESSERE DELLE GENERAZIONI FUTURE**

Favero Fra Maria Cristina, coordinatrice Gruppo di progetto Materno Infantile  
 Padalino A., ostetrica SCU Ginecologia e Ostetricia  
 Frigerio M., medico, Direttore SC Pediatria e Neonatologia  
 Mitola B., medico, SC Direzione Medica di Presidio, coordinatore locale Rete HPH aziendale  
 Bori I., ostetrica coordinatrice SCU Ginecologia e Ostetricia  
 Menato G., medico, Direttore SCU Ginecologia e Ostetricia  
 Costamagna G., Direttore S.C. DiPSA  
 Vigna I., medico, SC Direzione Medica di Presidio  
 Bassi S., Biblioteche civiche Torinesi  
 Arione R. Direttore Sanitario  
 AO Ordine Mauriziano Torino

## PAROLE CHIAVE

buona pratica- lettura ad alta voce- collaborazione interprofessionale

## INTRODUZIONE

Il progetto Nati per Leggere (NpL), promosso a livello nazionale dall'Associazione italiana Biblioteche, dall'Associazione culturale pediatri e dal Centro di salute del bambino di Trieste, intende diffondere la lettura ad alta voce per i bambini dagli zero ai sei anni, nel convincimento che ciò contribuisca al benessere e ad una migliore qualità della vita del bambino. Per gli operatori sanitari è molto importante conoscere il contesto sociale e culturale nel quale si opera per poter effettuare interventi assistenziali/educativi mirati. Secondo Tullio De Mauro circa il 70% degli italiani ha un'insufficiente competenza alfabetica e aritmetica funzionale. Evidenze scientifiche molto forti indicano la lettura ad alta voce come buona pratica degli adulti verso i bambini, che genera enormi vantaggi di tipo sia cognitivo sia relazionale. SU queste basi, nel 2005, grazie all'interesse ed alla determinazione, è nato il progetto Nati per Leggere Mauriziano.

## CONTENUTI

Si è proceduto a stipulare una convenzione tra l'Azienda Ospedaliera e le Biblioteche Civiche Torinesi e a modulare una serie di interventi all'interno del Dipartimento Materno Infantile. Nei corsi di accompagnamento alla nascita viene condotta, da parte di ostetrica e bibliotecaria, una "lezione speciale nati per leggere". Anche il pediatra, durante i suoi interventi al corso, valorizza l'importanza della lettura ad alta voce in età infantile. Presso il reparto di Ostetricia è stato istituito un punto prestito libri, gestito dalle Biblioteche Civiche e nei corsi di massaggio del bambino l'infermiera pediatrica legge ad alta voce fiabe e filastrocche, sostenendone l'importanza e rinforzando quanto già trasmesso ai genitori in precedenza. NpL Mauriziano, quindi, non solo promuove la lettura ad alta voce ai bambini di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni, ma fin dai primi mesi di gravidanza e si pone all'interno di un percorso più complesso di genitorialità consapevole. Durante la gravidanza, infatti, la donna e la coppia sono particolarmente interessati all'apprendimento ed attenti ad acquisire tecniche, conoscenze, suggerimenti che rappresentino il meglio per il nascituro. Questo rappresenta una facilitazione per l'impegno di pediatri ed ostetriche, che, di concerto con la bibliotecaria, promuovono e offrono, in virtù di un intervento di prevenzione primaria, la buona pratica della lettura ad alta voce, ancora prima che il bambino nasca. In questo modo, il messaggio che arriva ai futuri genitori viene continuamente rinforzato ed acquista quell'efficacia necessaria per essere consapevolizzato.

## CONCLUSIONI

Circa 4000 coppie di futuri genitori sono stati formati/informati all'Ospedale Mauriziano dal 2005. Gli incontri nei corsi di accompagnamento alla nascita che vedono presenti contemporaneamente bibliotecaria ed ostetrica sono circa 14 all'anno ed i prestiti del punto libri sono circa 240 all'anno. Possiamo definire l'esperienza come una buona pratica finalizzata alla tutela di un "capitale sociale", da difendere e da valorizzare. I bambini, infatti, non rappresentano solo le prossime generazioni ma parte di quelle generazioni future verso le quali quelle attuali sono chiamate ad assumere precise responsabilità collettive di ordine etico.



## PROGETTO REGIONALE DI UMANIZZAZIONE DELLE CURE PEDIATRICHE IN OSPEDALE: VALUTAZIONE AL TEMPO ZERO DI 4 REPARTI DI PEDIATRIA CAMPANI

M. Tripodi<sup>1</sup>, M.A. Siano<sup>1</sup>, A.G.E. De Anseris<sup>2</sup>, C. Mandato<sup>3</sup>, P. Quitadamo<sup>3</sup>, S. Guercio Nuzio<sup>2</sup>, C. Viggiano<sup>1</sup>, F. Fasolino<sup>1</sup>, A. Bellopede<sup>2</sup>, M. Annunziata<sup>2</sup>, G. Massa<sup>2</sup>, F.M. Pepe<sup>2</sup>, T. Chiola<sup>2</sup>, P. Siani<sup>3</sup>, P. Vajro<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Scuola di Specializzazione e Cattedra Pediatria Dip. Medicina, Chirurgia e Odontoiatria "Scuola Medica Salernitana" Università di Salerno, UNISA, Salerno*

<sup>2</sup> *Pediatria AOU "S.Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona", Salerno*

<sup>3</sup> *Pediatria Sistemica AORN "Santobono-Pausilipon", Napoli*

### INTRODUZIONE

Il concetto di "umanizzazione delle cure" pone il bambino e la sua famiglia al centro dell'attenzione del team di cura. In Italia sono disponibili pochi dati circa il grado di umanizzazione (GU) nei reparti pediatrici. La mancanza di accurate valutazioni del GU pre-esistente rende inoltre difficile la verifica della reale efficacia degli interventi migliorativi.

### CONTENUTI

#### Obiettivi.

- A) Censire interventi di umanizzazione delle cure pediatriche (UCP) descritti in letteratura/web.
- B) Sperimentare strumenti per la valutazione del GU "esistente" e "percepito" per individuare le effettive aree implementabili nell'ambito di un Progetto Regionale di umanizzazione dei percorsi assistenziali nelle strutture di ricovero pediatrico della Regione Campania.

#### Metodi.

- A) Revisione sistematica della letteratura medica e laica con parole chiave inerenti l'UCP sui database di Pubmed e Scopus, anni 2000-2016.
- B) Per la valutazione del GU "percepito" è stato utilizzato il questionario a risposta multipla LpCp-Tool (*Buffoli M et al, Annali Ig 2014*). Lo strumento è stato somministrato a: 141 genitori e 24 membri dello staff della Pediatria dell'AOU di Salerno; 90 genitori e 9 membri dello staff della Pediatria Sistemica dell'AORN "Santobono-Pausilipon" di Napoli; 100 genitori e 10 membri dello staff del reparto di Pediatria Specialistica dell'AOU "Federico II" e a 62 genitori e 6 membri dello staff dell'UOC di II Pediatria, "SUN" di Napoli. La valutazione del GU "esistente" è stata effettuata mediante una checklist a punteggio adattata specificamente per la pediatria in collaborazione con AGENAS e compilata da focus group rappresentativi delle 4 strutture (uno per ogni reparto analizzato) formati da rappresentanti di varie aree professionali (staff medico, infermieristico, personale URP/CUP, direzione sanitaria, associazioni di volontariato).

#### Risultati.

- A) La letteratura esaminata conferma che l'umanizzazione delle cure è stata sinora oggetto di pochi studi basati sulla preventiva valutazione degli aspetti implementabili. Sono stati individuati 26 studi selezionati sulla base dell'esistenza della verifica dei risultati degli interventi effettuati rispetto al tempo basale o a un gruppo controllo (n=17) e/o della verifica della soddisfazione dell'utenza valutata post-intervento (n=9).
- B) L'analisi delle percentuali di risposte [+] e [-] date nei questionari da genitori e staff di ciascun reparto analizzato ha permesso di individuare rispettivamente gli aspetti percepiti più positivamente e quelli percepiti peggio da entrambi i gruppi. Nell'analisi dell'esistente, i criteri della checklist che hanno ottenuto una media dei punteggi delle risposte < 2,5 sono stati ritenuti i più critici. L'utilizzo dei 2 strumenti ha permesso di:
  - 1) individuare le aree "critiche" circa il GU dei reparti esaminati, alcune risultate comuni a tutte e 4 le strutture (privacy, ambiente, mediazione linguistica, continuità delle cure, accesso alle prestazioni);
  - 2) evincere che il GU e le sue criticità sono spesso differenzialmente percepiti da parte di genitori e staff, talora con sensibili differenze tra GU esistente e percepito nella stessa struttura.

### CONCLUSIONI

Sebbene l'umanizzazione delle cure rappresenti un aspetto centrale della gestione del bambino malato con effetti benefici sull'efficacia della cura, sul vissuto psicologico del bambino e sulle possibili ripercussioni psicosociali nella sua famiglia, negli ultimi 16 anni solo pochi studi hanno valutato l'efficacia degli interventi migliorativi attuati.

La frequente differenza "percezione" del GU risultata dalla n/s indagine pilota suggerisce che la programmazione di futuri interventi atti a migliorare il grado di UCP non possa prescindere da un'attenta valutazione multi-compartimentale basale dell'"esistente" e di come questo è "percepito" dai genitori dei pazienti e dallo staff che se ne prende cura.

Per il futuro ci si propone di utilizzare anche un questionario rivolto ai piccoli pazienti per prendere in considerazione il loro importante punto di vista.

**Parole chiave:** umanizzazione, ospedale, pediatria



## PAUSE IN MOVIMENTO A SCUOLA: "SU CON LA SCHIENA"

**TEMA PRINCIPALE:** Promozione della salute a scuola

**PAROLE CHIAVE:** Promoting physical activity - Active living school

**AUTORI:** Candioli Dario\*, Tondi Alberto\*, Vianello Giulio\*\*, Vivori Cinzia\*\*\*,

U.O. Igiene e Sanità Pubblica Centro Sud ambito Vallagarina- Azienda Provinciale per i servizi sanitari (APSS) di Trento

Servizio per le professioni sanitarie della Struttura Ospedaliera di Rovereto

U.O. Medicina Fisica e Riabilitazione della Struttura Ospedaliera di Rovereto

IPRASE (Istituto Provinciale di ricerca e sperimentazione educativa delle Provincia Autonoma di Trento)

Agenzia dello Sport Vallagarina



\* fisioterapista

\*\* Insegnante Scienze motorie e sportive - Istituto Comprensivo alta Vallagarina

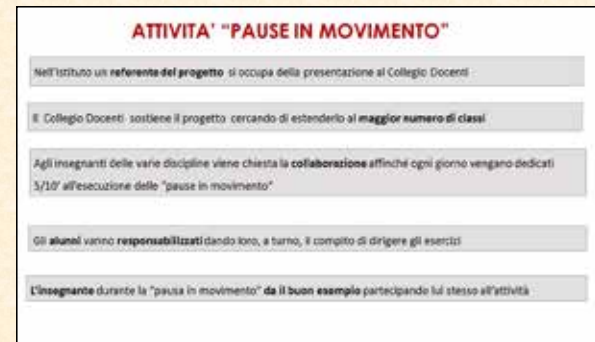
\*\*\* infermiera

### OBBIETTIVO GENERALE DEL PROGETTO

Inserire le pause in movimento nella didattica quotidiana e nella politica dell'organizzazione scolastica al fine di incrementare il movimento a scuola. Questa iniziativa rientra nelle attività di promozione delle Salute offerte in modo continuativo dal Dipartimento della Prevenzione dell'APSS di Trento alle scuole. Inserire delle pause in movimento nella didattica e nell'organizzazione scolastica secondo il modello delle scuole che promuovono salute aiuta quindi a creare setting che favoriscono ed incrementano il movimento nell'infanzia e favorisce un approccio di salute in tutte le politiche dove la scuola diventa protagonista nel promuovere stili di vita sani.

### CONTENUTI:

Da più parti si è concordi nell'affermare che dopo 30-40 minuti di posizione seduta, bisognerebbe permettere allo studente di alzarsi in piedi. Convinti di questa necessità nelle scuole della Vallagarina (TN) è nato questo progetto che ha visto coinvolte varie realtà nell'ottica di creare un'alleanza per promuovere il movimento a scuola che unisse



### CONCLUSIONI:

Gli insegnanti formati nel 2015-2016 sono stati 95. Gli istituti comprensivi che hanno sperimentato le pause sono stati 8 su 13 presenti sul territorio. Il poster "Su con la schiena" è stato promosso con incontri organizzati con la Comunità della Vallagarina e diffuso in tutte le classi. Non ci sono stati costi a carico della sanità e della scuola in quanto il poster e il trofeo sono stati realizzati con degli sponsor. Molto buona la soddisfazione degli insegnanti.

**“VACCINARE SENZA DOLORE”  
UTILIZZO DELLE STRATEGIE DI CONTROLLO DEL  
DOLORE NELLA PRATICA VACCINALE PEDIATRICA**

che ti passa!

**TEMA PRINCIPALE:** Integrazione ed educazione terapeutica.  
**PAROLE CHIAVE:** childhood immunization injections- reducing pain kids

**AUTORI:** Manuela Spaccini \*, Cinzia Vivori \*\*, Anna Pedretti \*\*\*, Dario Candioli\*\*\*\*

\* *Dirigente medico* - \*\* *infermiere* U.O. Igiene e Sanità Pubblica Centro Sud – Dipartimento di Prevenzione - APSS di Trento  
\*\*\* *Assistente Sanitaria* U.O. Igiene e Sanità Pubblica Centro Nord – Dipartimento di Prevenzione - APSS di Trento  
\*\*\*\* *Coordinatore servizio per le professioni sanitarie della struttura ospedaliera di Rovereto*



**INTRODUZIONE**

Il dolore è un'esperienza sgradevole sensoriale ed emotiva e ogni individuo attribuisce un significato alla parola dolore attraverso le esperienze della prima infanzia.  
Gli attuali calendari vaccinali possono prevedere entro i 6 anni di vita fino a 15 iniezioni, di cui 9 nel primo anno di vita.  
Il Progetto "Vaccinare senza dolore" è stato promosso dal Dipartimento di Prevenzione dell'APSS di Trento con lo scopo di applicare nella pratica vaccinale pediatrica le strategie di controllo del dolore. L'OMS ha raccomandato nel 2015 l'uso delle tecniche per la riduzione del dolore da vaccinazione riconoscendole come una buona pratica e una misura per frenare il fenomeno dell'indecisione verso le vaccinazioni.

**CONTENUTI E METODI**



Il progetto si è sviluppato in 2 fasi, la prima dal maggio 2013 all'aprile 2014 con la formazione degli operatori di 3 servizi vaccinali dell'APSS di Trento, la costituzione di un gruppo di miglioramento che ha predisposto la procedura operativa e i materiali informativi per i genitori, ha progettato la verifica dell'applicabilità delle tecniche, delle eventuali criticità, della sostenibilità organizzativa e del gradimento dei genitori. Conclusa la verifica, la procedura è stata formalizzata e applicata nei 3 servizi vaccinali. Nel 2016 dopo 2 anni di applicazione è stata realizzata la fase del riesame e revisione della procedura e un'altro servizio vaccinale dell'APSS ha avviato il percorso per l'applicazione delle tecniche di controllo del dolore.



**RISULTATI**

Strategie di controllo del dolore SP(*)	P	Verifica di fattibilità 2013-2014	RIESAME 2016
Informazione sulle tecniche di controllo del dolore	P1	99,1%	60,0%
Il genitore è coinvolto nella distrazione	P1	85,7%	42,4%
Il bambino di 5 anni è stato preparato dai genitori?	P1	84,2%	91,1%
L'operatore ha condotto il colloquio con il bambino di 5 anni?	P1	84,2%	100,0 %

La scheda di osservazione ha incluso 23 indicatori e le scale di valutazione del dolore MBPS per i bambini di età < 2 anni e Wong Baker per i bambini di 5 anni. Durante la verifica del 2014 sono stati osservati 567 bambini da 3 mesi a 6 anni, compilate 445 scale MBPS e 119 scale Wong Baker per la misurazione del dolore, raccolti 543 questionari di gradimento dei genitori. La fase del riesame nel 2016 è stata condotta su un campione di 125 bambini. Le tecniche di controllo sono state classificate in base alle SP (Taddio, A. et al. (2015) Reducing pain during vaccine injections: *clinical practice guideline*. CMAJ, 2015 Sep 22;187(13):975-978)

Strategia	P	2013-2014	2016
Allattamento	P2	11,5%	41,8%
Posizione di conforto adeguata all'età	P2	97,5%	99,2%
Glucosata	P3	n.r.	11,6
Uso della girandola o del caleidoscopio da parte del bambino di 5 anni	P4	84,1%	91,3%

Strategia	P	2013-2014	2016
Uso di 1 o 2 distrattori sonori	P4	81,1%	93,6%
Iniezione rapida senza aspirazione	P5	94,3%	94,4%
Iniezione di due vaccini in meno di 11"	P5	n.r.	77,2%

Durata pianto in bambini < 24 mesi	2 iniezioni in meno di 11"	2 iniezioni in più di 11"
<30"	67,2%	38,8%
>30"	32,7%	61,1%

\*Taddio, A. et al. (2015). Reducing pain during vaccine injections: *clinical practice guideline*. CMAJ, 2015 Sep 22;187(13):975-82  
1. **Process strategies** (educazione e preparazione)  
2. **Physical strategies** (allattamento e posizione di conforto)  
3. **Pharmacological strategies** (soluzione glucosata, anestetici locali)  
4. **Psychological strategies** (distrazione, esercizi di respirazione, comunicazione)  
5. **Procedural strategies** (no aspirazione, iniezione veloce)

	Verifica di fattibilità 2013-2014	RIESAME 2016	Note riesame
pianto assente	16,5%	35,5%	< 12 mesi 2,27% 13-18 mesi 14,3% 5 anni 84,4%
pianto < 30"	52,4%	37,1%	
pianto < 1'	25,2%	18,5%	
pianto > 1'	5,9%	9,6%	

**Il 97,2% dei genitori si è dichiarato soddisfatto o molto soddisfatto.  
Il 96,1% dei genitori ha giudicato le informazioni ricevute da abbastanza a molto comprensibili**



**CONCLUSIONI**

1. L'applicazione delle tecniche di controllo del dolore è risultata sostenibile sia per gli operatori che per l'organizzazione e gradita ai genitori.
2. L'educazione dei genitori ha reso possibile la loro collaborazione nell'applicazione delle tecniche e nella preparazione del bambino più grande con il quale è migliorata la relazione con l'operatore.
3. La procedura è stata condivisa con i Pediatri di famiglia e ospedalieri ed è trasferibile ad altri servizi vaccinali.
4. Le due fasi di controllo hanno permesso di evidenziare e correggere le criticità.



**Titolo: ProWeBS Project: Promoting Well Being at School**

Tema principale: sensibilizzazione, informazione e formazione all'alfabetizzazione emotiva dei bambini in età prescolare.

Autori: Channoufi Lamia\*, Ukrike Ansorge°, Eliana Ceolini§, Alice Bavaresco# Eugenia Pupin°, Giulia Carlini#, Mario di Pietro^

\* *Medico chirurgo specialista in Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, Coordinatore Scientifico della sezione Materna della scuola bilingue Cooperativa Nuovo Sole ONLUS, Project Leader;*

° *YogArte, Esperte in Yoga per bambini, Consulenti Cooperativa Nuovo Sole Onlus;*

§ *Esperta in didattica applicata all'arte, Consulente Cooperativa Nuovo Sole Onlus;*

# *Facilitatore sezione Nido, Educatrice Scuola Bilingue Cooperativa Nuovo Sole Onlus;*

# *Psicomotricista, Educatrice Scuola Bilingue Cooperativa Nuovo Sole Onlus;*

^ *Consulente Esperto Psicologo e Psicoterapeuta dell'Istituto di Terapia Cognitiva e Comportamentale, Membro REBT Italia, Presidente E.R.E., Subject Matter Expert;*

**Introduzione**

Il malessere emotivo è un tema che viene spesso riconducibile ad una difficoltà comportamentale che ostacola l'integrazione sociale dei giovani, soprattutto nell'ambito scolastico. Il nostro lavoro vuole presentare la propria esperienza nell'applicare la Scienza del sé, già in età infantile, e comprovare che l'approccio multiprofessionale, assieme ai genitori ed insegnanti, possa dare al bambino delle competenze emotive che gli permetteranno di comprendere e gestire le sue proprie emozioni. La dimensione alla promozione della salute è quella di educare i bambini, famiglie ed insegnanti all'alfabetizzazione emotiva.

**Contenuti**

Questo studio pilota, di una durata 24 mesi, propone un modello che vede la figura della Scuola e del Medico come attori di coordinamento tra le varie figure e professioni che partecipano al benessere psicofisico del bambino e quindi conducono un approccio multidisciplinare usando la scuola materna privata Nuovo Sole, come setting di applicazione. Il modello viene articolato in vari livelli dove il bambino viene messo sempre al centro del percorso. Per questo motivo, il lavoro è stato descritto in quattro percorsi paralleli: l'informazione, la formazione, l'educazione e la continuità, proponendo due modi di approccio. La prima è teorica effettuata dal nostro Consulente specializzato in Educazione Razionale ed Emotiva (ERE), attraverso incontri formativi per insegnanti/educatori ed incontri informativi per sensibilizzare i genitori secondo la Terapia Razionale Emotiva Comportamentale (REBT): un metodo che permette di raggiungere un certo benessere emotivo utilizzando la propria capacità di pensare in modo razionale e costruttivo nel conoscere e riconoscere l'emozione. La seconda parte è pratica e viene eseguita durante i laboratori proposti nel programma della scuola, i quali permettono l'espressività del bambino, dalla reazione emotiva al comportamento che ne deriva. Questo processo viene effettuato in quattro percorsi: 1. YogArte- Emozioni e Resilienza approccio "esperienziale" corporeo (Yoga) e artistico (Arte) per esprimersi e ri-conoscere le proprie emozioni e quelli degli altri, favorire la resilienza, coltivare le competenze sociali e la self-efficacy; 2. Artisti Alfabeti per scoprire il linguaggio emotivo attraverso la manipolazione delle tecniche artistiche; 3. EMOpsico dove il corpo ed la sua relazione con l'ambiente diventa uno strumento espressivo. 4. SHE Program: attività di promozione della salute e di screening clinico sui bambini. La continuità delle attività viene coordinata dal Medico e della Responsabile Scolastica, sia per il sistema di monitoraggio che come assistenza clinica e socio-psicologica delle famiglie che necessitano di supporto e di orientamento tramite uno sportello di ascolto.

**Conclusioni**

Il progetto vuole permettere la trasferibilità del modello e rendere l'educazione affettiva una pratica scolastica quotidiana, dando sia alla Scuola un ruolo sociale che al Medico ed allo Psicologo un ruolo di facilitatori di promozione della salute nella scuola stessa. Il lavoro si concentra sulla definizione di indicatori evidenziati durante lo studio sperimentale che permetteranno di monitorare e controllare l'evoluzione del tessuto emozionale del bambino e del suo contesto, e farne una nuova abitudine di vita.

*Keywords: scuola, promozione, intelligenza emotiva*



Asilo Nido e Scuola dell'Infanzia Bilingue Italiano-Inglese

## HEALTH PROMOTING HOSPITALS & HEALTH SERVICES

Ospedali e Servizi Sanitari per la Promozione della Salute



HPH Una Rete dell'OMS

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia



# PROWEBS PROJECT

## Promoting Well Being at School

Channoufi Lamia\*, Ukrike Ansorge°, Eliana Ceolini§, Alice Bavaresco# Eugenia Pupin°, Giulia Carlini#, Mario di Pietro^

\* Medico chirurgo specialista in Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, Coordinatore Scientifico della sezione Materna della scuola bilingue Cooperativa Nuovo Sole ONLUS, Project Leader;

° YogArte, Esperte in Yoga per bambini, Consulenti Cooperativa Nuovo Sole Onlus;

§ Esperta in didattica applicata all' arte, Consulente Cooperativa Nuovo Sole Onlus;

# Facilitatore sezione Nido, Educatrice Scuola Bilingue Cooperativa Nuovo Sole Onlus;

# Psicomotricista, Educatrice Scuola Bilingue Cooperativa Nuovo Sole Onlus;

^ Consulente Esperto Psicologo e Psicoterapeuta dell'Istituto di Terapia Cognitiva e Comportamentale, Membro REBT Italia, Presidente E.R.E., Subject Matter Expert.

### Introduzione

Il **malessere emotivo** è un tema che viene spesso riconducibile ad una difficoltà comportamentale che ostacola l'integrazione sociale dei giovani, soprattutto nell'ambito scolastico. Il nostro lavoro vuole presentare la propria esperienza nell'applicare la Scienza del sé, già in età infantile, e comprovare che l'approccio multiprofessionale, assieme ai genitori ed insegnanti, possa dare al bambino delle competenze emotive che gli permetteranno di comprendere e gestire le sue proprie emozioni. La dimensione alla promozione della salute è quella di educare i bambini, famiglie ed insegnanti all'alfabetizzazione emotiva.

### Contenuti

Questo studio pilota, di una durata 24 mesi, propone un modello che vede la figura della Scuola e del Medico come attori di coordinamento tra le varie figure e professioni che partecipano al benessere psicofisico del bambino e quindi conducono un approccio multidisciplinare usando la scuola, in questo caso la scuola materna privata Nuovo Sole, come setting di applicazione. Il modello viene articolato in vari livelli dove il bambino viene messo sempre al centro del percorso. Per questo motivo, il lavoro è stato descritto in quattro percorsi paralleli: l'informazione, la formazione, l'educazione e la continuità, proponendo due modi di approccio.

La **prima è teorica** effettuata dal nostro Consulente specializzato in Educazione Razionale ed Emotiva (ERE), attraverso incontri formativi per insegnanti/educatori ed incontri informativi per sensibilizzare i genitori con i criteri scelti secondo la Terapia Razionale Emotiva Comportamentale (REBT): un metodo che permette di raggiungere un certo benessere emotivo utilizzando la propria capacità di pensare in modo razionale e costruttivo nel conoscere e riconoscere l'emozione (tabella 1 e 2)

Tabella 1 Questionario di Valutazione iniziale

Tabella 2 Mappa degli obiettivi



La **seconda parte è pratica** e viene eseguita durante i laboratori proposti nel programma della scuola, i quali permettono l'espressività del bambino, dalla reazione emotiva al comportamento che ne deriva. Questo processo viene effettuato in quattro percorsi (tabella 3):

Promozione all'educazione affettiva				
Beneficiari				
Alunni della scuola dell'infanzia				
Fasi del Progetto /Indagine conoscitiva				
Percorsi	Formativa	Informativa	Educazione	Continuità
1. E.R.E./ REBT	N insegnante coinvolte	N famiglie coinvolte	N alunni coinvolti	N famiglie coinvolte
2. Yogarte ( Resilienza)	N.A.	N questionari soddisfazione	N alunni coinvolti	N.A.
3. Artisti Alfabeti ( Tecniche Artistiche)	N.A.	N questionari soddisfazione	N alunni coinvolti	N.A.
4. Psicomotricità ( Corpo /Ambiente)	N.A.	N questionari soddisfazione	N alunni coinvolti	N.A.
5. SHE Programma (Promozione / Prevenzione Salute)	N insegnante coinvolte	N famiglie coinvolte	N alunni coinvolti	N Famiglie coinvolte
<b>Obiettivi previsti</b>	Riconoscimento delle emozioni altrui e consapevolezza delle interazioni tra pensieri, emozioni e comportamento (A-B-C)	Facilitare la consapevolezza delle proprie reazioni emotive ed ampliamento dell'espressione verbale	Sviluppare la capacità di ascolto, di comunicazione e di apprendimento di convinzioni razionali	Identificazione delle criticità e delle modifiche, presa in carico del caso ed orientamento ai servizi.
<b>Fasi del Processo</b>	<b>Situazione</b>	<b>Pensieri</b>	<b>Emozione</b>	<b>Comportamento</b>
<b>Piano di valutazione e Monitoraggio</b>				
<b>Questionari di autovalutazione</b>				

- YogArte** – Emozioni e Resilienza: un approccio “esperienziale” corporeo (Yoga) e artistico (Arte) per esprimersi e ri-conoscere le proprie emozioni e quelli degli altri, favorire la resilienza, coltivare le competenze sociali e la self-efficacy.
- Artisti Alfabeti** per scoprire il linguaggio emotivo attraverso la manipolazione delle tecniche artistiche;
- EMOpsico** dove la psicomotricità usa il corpo ed la sua relazione con l'ambiente come strumento espressivo.
- SHE Program**: attività di promozione della salute e di screening clinico sui bambini, il quale programma viene eseguito solo da consulenti specialisti. La continuità delle attività viene coordinata dal Medico e della Responsabile Scolastica, sia per il sistema di monitoraggio che come assistenza clinica e socio-psicologica delle famiglie che necessitano di supporto e di orientamento tramite uno sportello di ascolto.

### Conclusione

Il progetto vuole permettere la trasferibilità del modello e rendere l'educazione affettiva una pratica scolastica quotidiana, dando sia alla Scuola un ruolo sociale che al Medico ed allo Psicologo un ruolo di facilitatori di promozione della salute nella scuola stessa. Il lavoro si concentra sulla definizione di indicatori evidenziati durante lo studio sperimentale che permetteranno di monitorare e controllare l'evoluzione del tessuto emozionale del bambino e del suo contesto, e farne una nuova abitudine di vita.



• Azienda Ospedaliera  
• Ordine Mauriziano di Torino



## • NATI PER LEGGERE: A.O. MAURIZIANO E BIBLIOTECHE TORINESI • PER IL BENESSERE DELLE GENERAZIONI FUTURE

- Favero Fra Maria Cristina, coordinatrice Gruppo di progetto Materno Infantile
- Padalino A., ostetrica SCU Ginecologia e Ostetricia
- Frigerio M., medico, Direttore SC Pediatria e Neonatologia
- Mitola B., medico, SC Direzione Medica di Presidio, coordinatore locale Rete HPH aziendale
- Bori I., ostetrica coordinatrice SCU Ginecologia e Ostetricia
- Manato G., medico, Direttore SCU Ginecologia e Ostetricia
- Costamagna G., Direttore S.C. DiPSA
- Vigna I., medico, SC Direzione Medica di Presidio
- Bassi S., Biblioteche civiche Torinesi
- Arione R. Direttore Sanitario
- AO Ordine Mauriziano Torino

### • INTRODUZIONE:

Il progetto **Nati per Leggere** (NpL), promosso a livello nazionale dall'Associazione italiana Biblioteche, dall'Associazione culturale pediatri e dal Centro di salute del bambino di Trieste, intende diffondere la lettura ad alta voce per i bambini dagli zero ai sei anni, nel convincimento che ciò contribuisca al benessere e ad una migliore qualità della vita del bambino.

Secondo Tullio De Mauro circa il 70% degli italiani ha un'insufficiente competenza alfabetica e aritmetica funzionale. Evidenze scientifiche molto forti indicano la lettura ad alta voce come buona pratica degli adulti verso i bambini, che genera enormi vantaggi di tipo sia cognitivo sia relazionale. Tutto quello che si impara da bambini diventa una abitudine, un elemento costitutivo della persona. Un bambino che entri in contatto con una biblioteca, se non abituato alla lettura, è facile che colga in prima battuta soprattutto l'aspetto ludico dell'ambiente e non venga attratto dai libri in essa contenuti.

Per gli operatori sanitari è molto importante conoscere il contesto sociale e culturale nel quale si opera per poter effettuare interventi assistenziali/educativi mirati. Su queste basi, nel 2005, grazie all'interesse ed alla determinazione, è nato il progetto **Nati per Leggere Mauriziano**.

CHI ...



- Pediatri
- Ostetriche
- Infermiere pediatriche ...
- ... in collaborazione con la bibliotecaria

QUANDO ...



Durante la gravidanza i futuri genitori sono molto attenti a documentarsi e ad attivarsi per assicurare le migliori opportunità al nascituro. Offrire la lettura come parte integrante del percorso di preparazione alla nascita può creare una alleanza con i genitori per abituare i bambini alla lettura, attività che favorisce il loro sviluppo e le loro capacità cognitive.

COME ...

Convenzione tra A.O. Ordine Mauriziano e le Biblioteche Civiche Torinesi;  
Lezione speciale "Nati per Leggere" ostetrica e bibliotecaria ai futuri mamma e papà;  
Trattazione tema NpL da parte del pediatra;  
Filastrocche e ninne nanne nei corsi di massaggio del bambino;  
Punto prestito libri presso il reparto di Ostetricia;



### • VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO

- E' stato contattato un campione di 200 mamme che avevano seguito il Corso di accompagnamento alla nascita i cui figli avevano già raggiunto un'età in cui la pratica della lettura avrebbe dovuto essere ampiamente applicata.
- Tutte le intervistate si ricordavano della "Lezione speciale NpL";
- Certe mamme si sono dichiarate veramente **soddisfatte del progetto** e hanno affermato che quelle spiegazioni hanno loro **"aperto un mondo"**;
- Alcune madri hanno espresso la preferenza a lasciare il libro nelle mani del piccolo invece che leggerglielo;
- Quasi la totalità delle madri ha dichiarato di **cantare delle canzoncine**; molte hanno iniziato anche a **leggere i libri** e tante lo hanno fatto anche quando il piccolo era ancora nella pancia, così come consigliato;
- Molte mamme hanno saputo **citare alcuni personaggi o titoli dei libri letti**;
- Una grossa parte delle intervistate **possiede più di 10 libri adatti al bambino ed alcune hanno dichiarato anche di averne una cinquantina**.
- A tutte le madri che hanno dichiarato svolgere l'attività di lettura per il proprio bimbo, piace svolgere questa attività (non tutte però hanno fatto questa affermazione con convinzione).



### BIBLIOGRAFIA

- Tomatis A. La notte uterina. Red edizioni, Milano, 1996
- Collins, F. Svensson C. 2005. Bookstart: planting a seed for life
- Kalib et al., 2012. Reading to young children: a head-start in life
- Sullivan, A. & Brown, M. 2013. Social Inequalities in cognitive scores at age 16: the role of reading. Centre for longitudinal studies, Institute of education
- Bus, A.G. 1995. Mothers Reading to Their 3-Years-Olds: The Role of Mother-Child Attachment Security in Becoming Literate. Reading Research Quarterly, 30(4):988-1015





# Insieme.....siamo più forti !

Cinzia Petazzoni, Patrizia Martinoli, M.Carmela La Marca,  
Emanuele Coppini, Mario Minola, Andrea Capponi



## Descrizione del progetto

La Rete di Oncologia e Oncoematologia pediatrica è composta da un centro di riferimento regionale, con sede presso l'OIRM Sant'Anna e da unità Satellite dislocate sul territorio regionale e attivate nelle Aziende Sanitarie sedi di Polo. La Clinica Pediatrica dell'AOU di Novara è un'unità satellite, due giorni alla settimana è prevista la presenza di un Pediatra Oncologo, che si stacca dal Centro di Torino, per garantire la presa in carico dei piccoli pazienti oncologici che, residenti nell'area limitrofa all'Ospedale, sono agevolati nell'affrontare la complessità del percorso di diagnosi, cura e follow up della malattia. Sono state attivate iniziative di collaborazione con la Sezione Novarese dell'UGI, sezione staccata dell'Associazione madre presente a Torino, per supportare sia i piccoli pazienti che i loro familiari. I volontari intrattengono i bambini con giochi, letture ed altro, prestandosi all'ascolto dei bisogni delle famiglie per aiutarle a trovare soluzioni ai disagi segnalati e collaborano attivamente con il personale scolastico nel servizio dedicato ai bambini immunodepressi e con il Servizio Sociale Aziendale. Una Convenzione sancisce la collaborazione tra AOU "Maggiore della Carità" e l'Istituto Comprensivo "M. Hack" di Novara, dalla collaborazione nascono stimoli educativi che aiutano i piccoli pazienti a liberarsi da ansie, disagi e paure legate alla ospedalizzazione; la socializzazione permette di creare un clima di condivisione della malattia dove il gioco diventa strumento per accettarla e affrontarla.

## Scopo e Metodologie

La collaborazione ha portato ad una presa in carico che identifica da subito alcune necessità delle famiglie o dei pazienti tant'è che è nata Casa Valeria, utilizzata come foresteria di accoglienza che consente alla famiglia di vivere un periodo di malattia in un ambiente accogliente. Sono stati organizzati momenti di informazione/formazione in alcune scuole medie superiori per far conoscere la patologia oncologica e i suoi percorsi di cura, esperienza è nata dalla lettura dei bisogni espressi da pazienti adolescenti che richiedevano che il gruppo dei pari fosse informato sull'iter di cura oltre che sulla patologia neoplastica.

## Target Principale

Minori affetti da malattie oncologiche e loro famiglie.



## Risultati

Essere un'unità satellite, ha permesso un miglioramento della presa in carico dei pazienti pediatrici oncologici grazie alla collaborazione che si è venuta a creare tra le persone che agiscono a vario titolo nella gestione dei piccoli pazienti. L'attività congiunta tra volontariato e personale sanitario ha permesso di creare iniziative sul territorio che portano ad una maggior conoscenza della malattia oncologica tra i ragazzi. L'informazione, a livello di scuole superiori, ha avvicinato gli adolescenti ad una realtà che li spaventava, ma che era necessario conoscere meglio poiché è emerso che quasi tutti avevano già vissuto la realtà di questa malattia, qualcuno attraverso parenti, qualcun altro mediante amici; la conclusione finale dei ragazzi è stata che la "conoscenza riduce la paura".

## Conclusioni

La collaborazione tra volontariato, personale ospedaliero e gli altri attori coinvolti è stata un punto chiave per trattare al meglio la malattia oncologica, che affligge i piccoli pazienti sostenendo sia loro che le loro famiglie.



# Il lavoro di squadra: strumento per conoscere, affrontare e convivere col diabete



Francesco Cadario, Patrizia Martinoli,  
Emanuele Coppini, Cinzia Petazzoni, M.Carmela La Marca



## Descrizione del progetto

L'Associazione Giovani Diabetici "Carlo Fasulo" di Novara (A.G.D. Novara) nasce nel 1981, come punto di riferimento per i portatori di diabete di tipo 1 (insulino-dipendenti) e di tipo 2 (non insulino-dipendenti), sia giovani che adulti, i loro familiari e i volontari che vogliono collaborare alle attività. L'Associazione ha negli anni intrapreso una stretta collaborazione con la Clinica Pediatrica di Novara, per offrire un sostegno completo ai giovani diabetici, diventando molto attiva sul territorio novarese. Grazie a questa collaborazione, l'AGD Novara e la Clinica Pediatrica hanno realizzato negli ultimi anni molteplici iniziative, organizzando gite fuori porta (Campus a Claviere, gita in mountain bike nella riserva naturale di Fondotoce, giornata in fattoria e in cascina, giornate a Gressoney, giornate di trekking, ...), corsi di teatralità per bambini, progetti di scambi culturali, e realizzando una squadra di calcio e di basket. Inoltre, sono stati organizzati incontri informativi per discutere di diabete, per pensare a percorsi e soluzioni comuni. Le iniziative organizzate dall'Associazione e dalla Clinica Pediatrica intendono dimostrare ai giovani diabetici che, anche se il diabete è considerato una malattia cronica che necessita di cure precise, è importante (ed è possibile) svolgere una vita normale, seguendo una corretta alimentazione e praticando attività fisica.

## Scopo e Metodologie

Lo scopo principale dell'iniziativa è quello di motivare i bambini e i giovani diabetici, di far capire a loro che hanno un futuro, che c'è una via per una vita normale nonostante il diabete. I pazienti sono resi parte attiva dell'intervento e sono coinvolti sia direttamente (mediante le varie attività) che indirettamente. Nei campus che organizza l'associazione e nelle varie attività vengono fatti dei "test" di ingresso e di uscita e vengono raccolti dei biglietti anonimi con commenti sull'esperienza svolta.

## Target Principale

I giovani diabetici ed i loro familiari.



## Risultati

L'iniziativa ha portato ad un miglioramento nella cura in Ospedale e ad una miglior collaborazione tra medici, infermieri e specializzandi. Le varie attività e il loro personale coinvolgimento nell'associazione hanno permesso di formare un gruppo di lavoro, una squadra pronta a collaborare e ad essere uniforme nelle situazioni di emergenza. Inoltre, le attività di gruppo permettono ai giovani diabetici di avere non solo un momento di divertimento e di svago ma anche un momento di confronto e sostegno con gruppi di pari che hanno le stesse difficoltà. Molto importanti sono anche le attività a sostegno dei genitori dei minori diabetici.

## Conclusioni

Le attività organizzate dall'Associazione Giovani Diabetici e dalla Clinica Pediatrica dimostrano l'importanza di rendere i destinatari parte attiva. Vivere direttamente la relazione con i pazienti, approcciarsi con i loro problemi e le loro sensazioni, instaurare una relazione paritetica, porta ad un guadagno sia dal punto di vista umano che da un punto di vista lavorativo. È stato anche realizzato un sito che rappresenta un punto di riferimento e di contatto tra i pazienti diabetici, l'Associazione e il personale della Clinica Pediatrica ([www.agdnovara.it](http://www.agdnovara.it)).





# Progetto Siblings

## I fratelli e le sorelle dei bambini disabili

**Caserta M. \*, Piasentin Alessio E.\*\* Gilardi A.\*\* Valerio S.\*\***

\* URP Ospedale Infantile Regina Margherita - S.S.D. URP - AOU Città della Salute e della Scienza di Torino \*\* CasaOz Onlus

Circa l'80% dei bambini disabili ha un fratello o una sorella e nessuno trascorrerà più tempo con quel bambino disabile di suo fratello o di sua sorella. Eppure a quel fratello e a quella sorella non si presta l'attenzione dovuta e sono quasi inesistenti gli spazi e le occasioni a loro dedicati.



I **siblings** sono i fratelli "sani" dei bambini disabili che frequentano CasaOz, la casa dove i bambini che affrontano la malattia, spesso ricoverati all'Ospedale Infantile Regina Margherita, possono trovare uno spazio sereno in compagnia della loro famiglia

**Formazione** dei facilitatori e dei volontari all'interno del coordinamento "Dare voce ai Siblings" (a cura della Fondazione Paideia)

**Gruppo dei bambini siblings**  
8-12 anni  
(conduzione di due Educatori professionali ed una Assistente sociale)

**Gruppo dei genitori**  
(conduzione di un Counsellor)

**6 incontri** per dare voce alle emozioni attraverso **il gioco**

1. cominciare a conoscersi
2. affrontare i problemi
3. alleviare le preoccupazioni
4. ripartire più forti e supportati

**6 + 2 incontri** per dare voce alle emozioni attraverso **la condivisione**

1. cominciare a conoscersi
2. affrontare i problemi
3. alleviare le preoccupazioni
4. ripartire più forti e supportati
5. la coppia
6. testimonianza di una sibling adulta

I bambini siblings **sono usciti allo scoperto** e hanno iniziato a parlare con altri dei loro fratelli disabili

Le famiglie hanno iniziato a **non colpevolizzarsi** ed hanno imparato a **chiedere aiuto**



*I fratelli e le sorelle sono una bella risorsa nelle famiglie dove c'è la malattia e la disabilità ma non possono essere lasciati soli, esattamente come i genitori.*