

n. 1

Notizie

Gennaio 2010

**Arcispedale
Santa Maria
Nuova**

PERIODICO BIMESTRALE DELL'ARCISPEDALE SANTA MARIA NUOVA DI REGGIO EMILIA

Registrazione del Tribunale di Reggio Emilia n. 940 del 11/02/97 Anno XV • 2010 • n. 1

FARE RICERCA PER IL
SERVIZIO SANITARIO.
SALUTE, MEDICINA E SANITA'

DUE NUOVI DIPARTIMENTI
NELL'ORGANIGRAMMA AZIENDALE
E LA NUOVA INFRASTRUTTURA
QUALITÀ RICERCA E STATISTICA

PIANO DEGLI SPOSTAMENTI
CASA-LAVORO DELL'AZIENDA
OSPEDALIERA DI REGGIO EMILIA

RESPIRARE: OPUSCOLO
INFORMATIVO SULLA FISIOTERAPIA
PERIOPERATORIA PER PAZIENTI CON
PATOLOGIE TORACICHE

REGISTRAZIONE VIDEO-EEG
1-9-2008/1-9-2009 NELLA
STRUTTURA SEMPLICE DI
NEUROFISIOLOGIA

LA COOP CONSUMATORI
NORD-EST HA DONATO
L'ECOGRAFO FIBROSCAN ALLA
MEDICINA III



SOMMARIO

Statistica, Qualità e Studi Clinici

- 3 Fare ricerca per il Servizio Sanitario.
Salute, Medicina e Sanità**

Direzione Aziendale

- 6 Due nuovi dipartimenti
nell'organigramma aziendale e la nuova
Infrastruttura Qualità Ricerca e Statistica**

Prevenzione e Protezione

- 7 Piano degli spostamenti Casa-Lavoro
dell'azienda ospedaliera di Reggio Emilia**

Chirurgia Toracica
Medicina Fisica e Riabilitativa

- 11 RespiraRE: Opuscolo Informativo sulla
fisioterapia perioperatoria per pazienti
con patologie toraciche**

Dipartimento Neuro-Motorio

- 14 Registrazione Video-EEG
1-9-2008/1-9-2009 nella Struttura
Semplice di Neurofisiologia**

Medicina Interna e Specialità Mediche

- 17 La Coop Consumatori Nord-Est ha donato
l'ecografo Fibroscan alla Medicina III**

NOTIZIE

PERIODICO BIMESTRALE DELL'ARCISPEDALE SANTA
MARIA NUOVA DI REGGIO EMILIA

REG. TRIB. DI REGGIO E. n. 940 DEL 11/02/97

ANNO XV - 2010 - n. 1

DIRETTORE RESPONSABILE

Lidia Scalabrini

HANNO COLLABORATO A QUESTO NUMERO

Giovanni Apolone

Elisabetta Castagnetti

Salvatore De Franco

Carla Dieci

Giovanni Fornaciari

Luisa Motti

Fulvia Piomboni

Romana Rizzi

Daniela Sirotti

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Ufficio Comunicazione Aziendale

Viale Umberto I°, 50 - 42100 Reggio Emilia

Tel. 0522 296836 / 296806 - Fax 0522 296384

E-mail: ufficio.comunicazione@asmn.re.it



FARE RICERCA PER IL SERVIZIO SANITARIO

Salute, Medicina e Sanità



Il fine della medicina è quello di preservare ed aumentare, quando possibile, la quantità e la qualità della vita dei pazienti e dei cittadini prevenendo e trattando le malattie. Questo obiettivo è perseguito attraverso tre tipi di attività:

la **RICERCA**
come **produzione di conoscenze**

la **(IN)-FORMAZIONE**
come **trasferimento di conoscenze**

la **PRATICA**
alla luce delle migliori conoscenze disponibili
come **management del paziente**

È sulla Ricerca che sono basate la Formazione, l'Informazione e la Pratica.

Questo avviene attraverso un processo continuo di relazioni complesse che va dalla ricerca pre-clinica e clinica alla pratica corrente e alla Sanità.

Le informazioni via via prodotte sono confermate da successive prove (ricerca primaria), elaborate e sintetizzate ed infine trasferite nella pratica attraverso formali momenti di valutazione e sintesi che producono nuove evidenze (ricerca secondaria), sulla cui base si possono preparare formali momenti di informazione e formazione, raccomandazioni, linee-guida, protocolli e percorsi diagnostici più integrati e complessi.



Tali attività e strumenti, implementati con metodi di diffusione e disseminazione appropriati, hanno l'obiettivo di aumentare le conoscenze, cambiare opinioni, attitudini e comportamenti di tutti gli stake-holders e decisori (dal cittadino al manager sanitario) al fine di ridurre al minimo la variabilità di cura richiesta ed offerta quando non giustificabile dai dati disponibili.

I risultati di tali sforzi richiedono ulteriori momenti di ricerca e valutazione, condotti con metodi ed approcci scientifici che, appoggiandosi ed utilizzando i dati e le informazioni rese disponibili dalla ricerca primaria e secondaria (fonti primarie e secondarie), perseguono



l'obiettivo di verificare il valore aggiunto di quanto fatto (ricerca terziaria) in termini di impatto e resa (outcome clinici, umanistici ed economici).

Tutte le attività, sopra descritte in modo semplificato, sono condotte al fine di ottimizzare la salute del cittadino-paziente in tutte le fasi della sua storia, in ciascun incontro della complessa interazione tra domanda ed offerta di salute. Tale relazione si attua nel contesto generale in cui la medicina è praticata, contesto che - semplificando - potremmo identificare nella *Sanità* in particolare (qui definita come l'insieme delle strutture, organizzazioni, servizi e sistemi pubblici e privati che hanno l'obiettivo di mantenere e promuovere la salute dei cittadini) e, più in generale, nella *Società*.

I momenti critici di questa interazione sono molti.

La criticità maggiore risiede nel fatto che Medicina e Sanità *non* sono la stessa cosa, anche se sono legate in una realtà complessa dove entrambe costituiscono epifenomeni che si modellano sul fenomeno sottostante che è la salute come definita e percepita a livello della comunità.

Pur riferendosi entrambe all'epidemiologia, scienza, tecnologia, socio-antropologia, la medicina si è modellata su un rapporto uomo-natura a livello individuale, mentre la Sanità sul rapporto uomo-società a livello collettivo. Medicina e Sanità, quindi, solo apparentemente perseguono lo stesso obiettivo.

In realtà la medicina ha come obiettivo la salute (e la malattia) del singolo individuo, mentre la Sanità si occupa dei singoli come parte di un contesto più generale, dovendo guardare per mandato e missione alla salute delle popolazioni o della popolazione.

Oltre ad una diversità di obiettivi, Medicina e Sanità differiscono anche in termini di mezzi e strumenti con cui cercano di raggiungerli.

La prima essenzialmente si basa sulle conoscenze, interventi e sulle tecnologie prodotte dalla ricerca primaria ed in parte di quella secondaria, mentre la seconda si appoggia prevalentemente sulle conoscenze e sugli interventi che derivano dalla ricerca secondaria e terziaria.

La continua pressione verso un uso più accorto ed appropriato delle risorse disponibili ha introdotto, da tempo, la necessità di confrontarsi con il problema dei costi e della sostenibilità delle cure.

Sempre più frequentemente, pertanto, aspetti economici e finanziari devono essere presi in considerazione al momento di assumere decisioni, ai diversi livelli possibili.

DEFINIZIONE E RUOLO DELLA RICERCA SANITARIA

La Ricerca rappresenta una base essenziale per la Medicina e per la Sanità ma la maggior parte della ricerca biomedica si è occupata della relazione uomo/natura a livello individuale con focalizzazione su momenti specifici dell'iter terapeutico (ed una inevitabile segmentazione delle specialità e delle competenze), e ha prestato scarsa attenzione ai temi ed alla specificità del rapporto uomo/società a livello collettivo.

Per arrivare alla definizione di RS si deve prima di tutto fare una riflessione sul vero significato di Ricerca Translazionale (Translational Research: from the bench to the bed), altro termine molto utilizzato, soprattutto in ambito medico.

Una definizione classica ma riduttiva di RT la definisce come il processo che permette di trasformare i risultati derivati dai setting della ricerca pre-clinica e biologica



nello sviluppo di nuove conoscenze sui meccanismi di malattia, diagnosi e terapie che siano trasferibili nella assistenza e cura dei pazienti.

La Ricerca è una disciplina che funziona da acceleratore mono-direzionale del trasferimento delle conoscenze (e delle tecniche) dalla ricerca di base alla pratica (passando attraverso la ricerca clinica), implementando una serie di attività coordinate, tra ricercatori di base, ricercatori clinici e medici, con particolare attenzione ai momenti di ricerca dove le evidenze pre-cliniche sono trasformate in primi esperimenti su soggetti umani.

Un significato reale e innovativo implica la possibilità di poter attivare un processo che abbia anche una direzione opposta, dalla pratica clinica e dalla salute pubblica (Sanità) al laboratorio, passando attraverso inevitabili momenti di ricerca, al fine di trovare conferme sperimentali a fenomeni osservati in questi contesti. RT si riferisce quindi ad un processo e a delle attività di tipo bi-direzionale, che implica la creazione di team multidisciplinari,



ben inseriti nei contesti della ricerca pre-clinica, clinica, sanitaria e della salute pubblica, con capacità di identificare e superare tutti quei problemi (scientifici, tecnologici, etici, economici ed amministrativi) che rappresentano delle barriere nella produzione nel trasferimento delle conoscenze dalla ricerca alla pratica, e vice-versa.

Le attività di ricerca traslazionale dovrebbero essere condotte coinvolgendo, fin dall'inizio, tutti gli attori, dai pazienti stessi (o loro organizzazioni e rappresentanti), ai medici e alle Società Scientifiche e alle Agenzie e Istituzioni nazionali e regionali che devono passare da un ruolo passivo di valutazione delle evidenze prodotte a modulatori e partner di linee di ricerca preferenziali per la salute pubblica.

Gli Istituti di Ricerca entro i quali tali attività possono essere portate avanti dovrebbero avere le seguenti caratteristiche:

- assistenza caratterizzata da alti livelli di complessità ed eccellenza,
- esistenza di attività di ricerca biologica e medica che possano garantire una solida base di competenze scientifiche,
- esistenza di premesse atte ad ideare e condurre ricerca anche e soprattutto in ambiti rilevanti per gli obiettivi primari della sanità pubblica.

L'esigenza è quella di non perdere mai di vista l'obiettivo principale di ogni attività di ricerca: la produzione di conoscenze che, indipendentemente della fase in cui si collocano nel lungo processo di ricerca, sviluppo e validazione, siano scientificamente valide, verificabili, utili per la salute dei pazienti, e con un rapporto costo-beneficio sostenibile per i contesti sanitari in cui andranno trasferite.

Diventa, così, molto importante prestare particolare attenzione a concetti quali l'utilità per il paziente, il valore aggiunto e quindi la sostenibilità per i sistemi sanitari nazionali e regionali.

Giovanni Apolone (*)

() Direttore Laboratori del Dipartimento di Oncologia dell'Istituto "Mario Negri" e Consulente ASMN in Metodologia della Ricerca Clinica, Sanitaria e Formazione*



DUE NUOVI DIPARTIMENTI NELL'ORGANIGRAMMA AZIENDALE E LA **NUOVA INFRASTRUTTURA QUALITÀ RICERCA E STATISTICA**

L'approvazione della candidatura della nostra Azienda ad Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico in Oncologia per Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali da parte della Giunta della Regione Emilia Romagna (Del. G.R. 184 del 23.02.09) ha determinato la modifica dell'assetto organizzativo e dell'Atto Aziendale. Due i dipartimenti istituiti con Delibera n.33 del 16.04.2009:

Dipartimento in "Tecnologie Avanzate" cui afferiscono le Strutture:

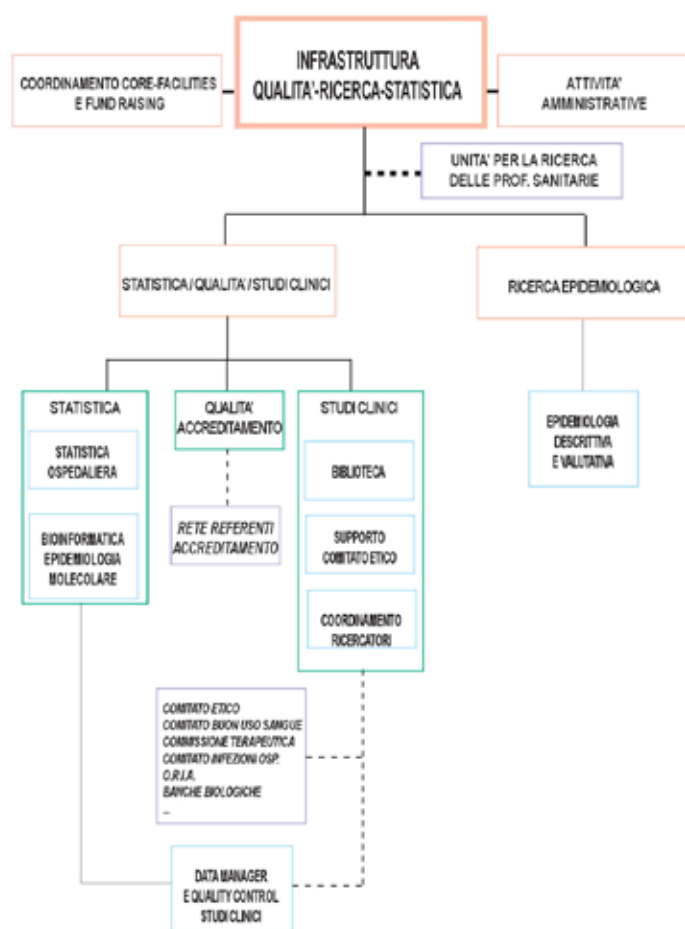
- S.C. Gastroenterologia-Endoscopia Digestiva;
- S.C. Fisica Medica;
- S.C. Medicina Nucleare;
- S.C. Radioterapia.

Dipartimento "Oncologico" cui afferiscono le Strutture:

- S.C. Anatomia Patologica;
- S.C. Oncologia;
- S.C. Ematologia;
- S.C. Medicina Trasfusionale;
- S.C. Laboratorio Genetica;
- S.S. Laboratorio di Biologia Molecolare.

Con Delibera del Direttore generale n.61 del 26.06.2009 si è proceduto, in seguito a:

- adottare il regolamento e lo statuto per l'IRCCS;
- istituire la Infrastruttura Ricerca Qualità e Statistica (I-RQS) il cui Organigramma è di seguito riportato.



I-RQS fornisce il supporto tecnico e metodologico a tutte le attività di ricerca in corso e pianificate.

La Direzione Aziendale



PIANO DEGLI SPOSTAMENTI CASA-LAVORO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI REGGIO EMILIA



AGGIORNAMENTO 2009

La prima fase è stata effettuata con l'indagine diretta tra i dipendenti tramite il questionario diffuso nell'ottobre 2008, auto-compilato, che ha dato un quadro chiaro delle modalità di spostamento dei dipendenti e una percezione motivazionale di tali scelte modali utile a comprendere meglio gli atteggiamenti, i comportamenti e le resistenze ad eventuali cambiamenti di abitudine.

I questionari raccolti sono stati **824**; il **28,6%** del totale delle 2.880 persone (*tra dipendenti a tempo determinato e indeterminato e altri collaboratori esterni*) che gravitano per lavoro sull'ospedale.

Esso, in termini assoluti è sicuramente numericamente significativo, così come la distribuzione per sesso ed età si avvicinano significativamente a quella della totalità dei dipendenti.



	F	%	M	%	n.d	%	Tot
Totale dipendenti e Collaboratori	208	72%	793	28%	1	0%	2880
Campione rilevato	618	75%	179	22%	27	3%	824

COSA E' EMERSO?

ORARI E VIAGGIO CASA LAVORO

Le partenze per recarsi al lavoro nei vari giorni della settimana seguono un andamento molto simile, con picchi pronunciati attorno alle 6.30, alle 7 e alle 7.30, ed uno meno evidente attorno alle 8.

Tra le 6 e le 9 si assiste alla partenza dell'83% degli intervistati, con una prevalenza della fascia oraria tra le 7 e le 8 (43%); in termini di tipologia di orario, la prevalenza (oltre il 39%) dei rispondenti opera su 6 giorni, seguiti dai turnisti (28,5%) e da chi lavora su 5 giorni (22% circa). Il part time pesa per meno dell'8%.

In generale i tempi di viaggio sono piuttosto contenuti, la durata media è di 22 minuti, e non presentano significative variazioni nei vari giorni della settimana:

- per l'81% del campione la durata è inferiore ai 30';
- più di ¼ del campione viaggia per non più di 10';
- solo il 15% del campione viaggia tra i 30' e i 60';
- meno del 3% ha tempi superiori all'ora.

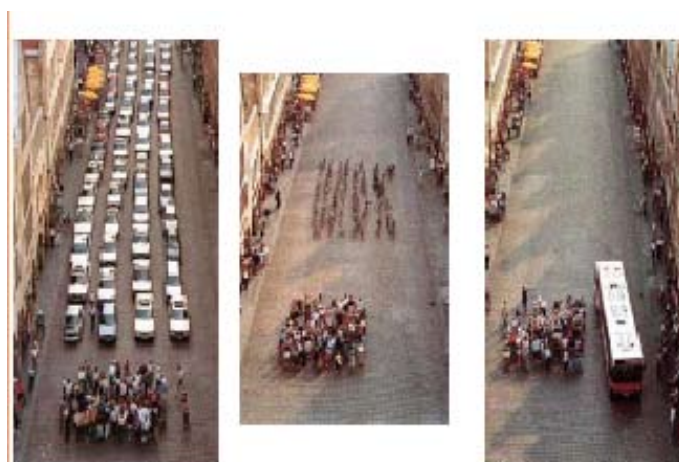
Inoltre:

- la grande maggioranza degli intervistati **non effettua soste intermedie durante il viaggio casa lavoro e viceversa**: nelle varie giornate una percentuale variabile tra il 72% e l'80% effettua il viaggio diretto;
- la grande maggioranza dei dipendenti, **ben l'84%, effettua solo due viaggi**.

DISTANZA CASA LUOGO DI LAVORO

- La prevalenza della distribuzione è tra 2 e 5 km.
- Il 57% del campione abita a meno di 10 km di distanza.
- Le fasce tra i 2 e i 20 km sono piuttosto uniformemente distribuite.

DIFFERENTI MODALITA' DI UTILIZZO DELLO SPAZIO URBANO DA PARTE DI 74 PERSONE (in auto, in bici, in autobus)



I MEZZI UTILIZZATI PER IL VIAGGIO CASA LAVORO

- L'automobile è il mezzo di gran lunga più utilizzato per gli spostamenti casa lavoro: quasi il 75% del campione ne fa uso.
- Rilevante l'uso della bicicletta (11%), mentre gli altri modi raccolgono percentuali marginali di questa mobilità.
- Tra chi usa l'automobile la quasi totalità (93%) viaggia da solo e solo il 7% condivide il viaggio con altri.
- Il 75% di chi usa l'autobus si muove sul servizio urbano, contro il 25% del servizio extraurbano, ma complessivamente si parla rispettivamente del 3% e dell'1% del campione.
- Praticamente la totalità del campione (98%) utilizza gli stessi mezzi per l'andata e il ritorno.
- Lo stesso vale in caso di pioggia (91%); (ovviamente sono già in auto!).

Mezzo usato		
Piedi	42	5,1%
Bicicletta	94	11,4%
Automobile	616	74,8%
Moto	15	1,8%
Autobus	33	4,0%
Treno	9	1,1%
n.r.	15	1,8%
Totale	824	100,0%



Automobile come mezzo		
Automobile da solo	572	92,9%
Automobile condivisa come conducente	29	4,7%
Automobile condivisa come passeggero	15	2,4%
Totale	616	100,0%

LE MOTIVAZIONI PER LA SCELTA DEL MEZZO

Il motivo prevalente per la scelta del mezzo è quello della durata del viaggio (75%), seguito dalla economicità (15%) e comfort, libertà di movimento e necessità di soste intermedie pesano complessivamente per il 16,2%.

Oltre il 27% delle scelte è attribuito complessivamente all'inefficienza del trasporto pubblico, la motivazione "sicurezza" pesa solo per lo 0,7%, e le motivazioni legate al traffico e alla mancanza di parcheggi, tipiche di grandi ambiti urbani, nel nostro caso rappresentano poco più del 4% delle motivazioni.

IL TRASPORTO PUBBLICO (TPL)

Il TPL è utilizzato solo da **circa il 5% del campione** (inclusi sia bus che treno).

Alla domanda sul mancato uso del TPL risponde l'88% del campione:

- Il primo motivo di non uso, con più del 52% delle risposte, è la mancanza di collegamento diretto e coincidenze, e la scarsa frequenza delle corse, cioè è legato al servizio stesso. Il 12% lamenta la lontananza delle fermate, e quasi il 10% i vincoli di orario. Poche le risposte riguardanti il costo, la durata del viaggio, l'affollamento e il comfort (in totale il 10%). Solo il 20% dell'intero campione è a conoscenza della detraibilità dell'abbonamento al TPL.



Il giudizio sul trasporto pubblico è globalmente **sempre sufficiente**, con percentuali che vanno dal 55% al 73%.

- La numerosità delle risposte a questa domanda si attesta attorno al 36-40% del campione. Se si tiene conto che solo il 5% del campione usa sistematicamente il trasporto pubblico, si capisce quale portata psicologica abbia l'immagine del trasporto pubblico anche tra coloro i quali ne fanno saltuariamente uso o non ne fanno del tutto uso.

DISPONIBILITA' AL CAMBIAMENTO

- Quasi l'87% del campione risponde a questa domanda, dichiarando per il 20% una elevata disponibilità al cambiamento e per quasi il 45% una buona disponibilità.



- Il 27% si dichiara non disponibile, mentre l'8% condiziona la propria disponibilità a diversi fattori, quali:
 - ✓ **la situazione scolastica dei figli;**
 - ✓ **il sistema del TPL;**
 - ✓ **gli orari di lavoro;**
 - ✓ **il rapporto costi/benefici.**

QUINDI DOVE SIAMO

Confronto 2000- 2008							
	F	%	M	%	n.d	%	Tot
Indagine 2008/09							
Campione rilevato	618	75%	179	22%	27	3%	824
Indagine 2000							
Campione rilevato	836	74%	288	25%	13	1%	1137



Indagine 2000		
Età	n. dipendenti	%
< 20 anni	2	0,2%
21 - 24	19	1,7%
25 - 34	373	32,8%
35 - 44	441	38,8%
45 - 54	257	22,6%
oltre 55	24	2,1%
n.r.	21	1,8%
Totale	1137	100,0%

Indagine 2008		
Età	n. dipendenti	%
< 30 anni	42	5,1%
30 - 39	205	24,9%
40 - 49	350	42,5%
50 - 59	204	24,8%
> 59 anni	18	2,2%
n.r.	5	0,6%
Totale	824	100,0%

Per valutare l'efficiacia delle azioni intraprese il piano per gli spostamenti casa-lavoro deve essere aggiornato periodicamente.

In tal senso è stato definito un elenco di indicatori che descrivono in maniera sintetica e sufficientemente articolata le informazioni da un punto di vista trasportistico sia da un punto di vista ambientale.



Indicatori	2009	2000
Auto usate /100 addetti	74,8	72,5
Auto usate come conducente /100 addetti	69,6	72,1
Auto usate come passeggero /100 addetti	5,2	0,4
Moto/motocicli usate /100 addetti	1,8	2
Bici usate /100 addetti	11,4	11,7
Linee di TPL con fermata davanti alla sede	2	1
Linee di TPL con fermata in prox	4	4
Utenti TPL /100 addetti	4	3,5
Utenti bus urbano /100 addetti	3	3
Utenti bus extraurbano /100 addetti	1	0,5
Utenti treno /100 addetti	1,1	0,6
Numero di utenti a piedi /100 addetti	5,1	3,43
Tempo medio casa-lavoro (min.) andata	22	18
Tempo medio casa-lavoro (min.) ritorno	22	18
Media Km percorsi casa-lavoro	12,7	
Numero di questionari ricevuti	824	1137
% risposte al QSCL/addetti totali	29%	39%

PROSPETTIVE

Sono già state intraprese le azioni per:

- migliorare l'accessibilità pedonale,
- aumento dell'offerta di Trasporto Pubblico,
- qualificazione e aumento del servizio ai ciclisti, utenti e dipendenti; in particolare i depositi dei dipendenti per 200 posti sono stati dotati di recinzione e cancelli apribili con il badge (i lavori sono in corso di ultimazione).

Prossimamente attiveremo il sito per l'adesione al Car Pooling, ovvero condivisione dell'auto propria: i dipendenti dell'Azienda Ospedaliera e della AUSL potranno iscriversi al sito del Comune di Reggio Emilia, già aperto ai dipendenti di Comune e Provincia, per formare equipaggi che condividono l'uso dell'auto privata. Si sta verificando, con Comune e ACT, la possibilità di estendere alla Azienda Sanitaria ed Ospedaliera la convenzione per ottenere sconti sugli abbonamenti annuali al trasporto pubblico, eventualmente rateizzandoli.

Carla Dieci

Prevenzione e Protezione



RESPIRARE: OPUSCOLO INFORMATIVO SULLA FISIOTERAPIA PERIOPERATORIA PER PAZIENTI CON PATOLOGIE TORACICHE

Una modalità per contribuire alla MEMORIA DEL FARE



Alcune esperienze vissute consentono di puntualizzare delle considerazioni generali, con queste note vorrei coinvolgere il lettore su alcune riflessioni maturate partecipando alla messa a punto di un piccolo manuale informativo per pazienti: *RespiraRE*.

La prima considerazione è quella che vede i professionisti della sanità *consumatori* di conoscenze tecnico-scientifiche e relazionali per il continuo miglioramento delle performances prestazionali per i pazienti; per utilizzare e prevenire l'esaurimento di questi giacimenti di conoscenze è indispensabile una formazione continua di tutti gli operatori. La seconda è relativa all'importanza dell'efficacia, dell'appropriatezza e dell'eticità del comportamento operativo dei professionisti, in quanto rappresentano tre obiettivi da perseguire con la formazione continua, al fine di consentire un servizio sanitario di qualità ed allo stesso tempo universale, equo e solidale. Queste considerazioni si aggiornano per un professionista ospedaliero durante il suo lavoro quotidiano, che porta a verificare la coerenza con questi principi delle sue attività e del suo gruppo di lavoro.

Il fare spesso evidenzia che i piani di cura ed assistenza pur essendo basati sulle regole della buona pratica possono essere ulteriormente migliorati, rivedendo le interazioni tra professionisti e tra gli stessi ed i pazienti.



PEP con bottiglia (PRESSIONE ESPIRATORIA POSITIVA)

Le esperienze sul campo sollecitano momenti di revisione e riflessione sulle procedure e portano a suggerire momenti di formazione e di ricerca per condividere i presupposti teorici e verificare le possibilità del cambiamento.

L'insieme di tutte le innovazioni che si propongono nelle varie realtà assistenziali porta ad un continuo rinnovamento, la strutturazione di questi comportamenti in saperi crea i presupposti per lo sviluppo continuo dell'ospedale e dei suoi servizi generando la "memoria del fare".

La memoria del fare o all'inglese "knowledge by doing" è la riflessione centrale che vorrei condividere prima di passare ad illustrare i contenuti di *RespiraRE*, questo perché penso che la memoria del fare si è tramandata per anni attraverso le scuole, le prassi riportate da operatore ad operatore, poi divenute protocolli, procedure e linee guida, oggi percorsi diagnostico terapeutici assistenziali.

Questa memoria era documentata nei sacri testi di tecnica e di metodologia clinica, oggi si ritrova nelle banche dei saperi scientifici, organizzativi e sociali messe a disposizione dalle risorse elettroniche sempre più facilmente accessibili e fruibili, ma sempre espressione di *memoria del fare*.

La memoria dell'ospedale però raccoglie altro, perché l'insieme del fare di tutti gli operatori crea un modo di offrire i servizi, di svilupparli e di verificarli che può definirsi "comportamento" o "welfare operativo" finalizzato al benessere del paziente.

La *memoria del fare* ci viene trasmessa dai colleghi, dallo stare e vivere l'ospedale in una relazione continua di apprendimento e partecipazione alla soluzione dei problemi, sin da quando come studenti impariamo, poi da operatori decidiamo e da esperti suggeriamo.

La memoria si arricchisce in queste relazioni di apprendimento e di cura, e se ne crea sempre più quando si vivacizza l'operatività, quando si accolgono studenti che creano ulteriori ambiti di dialogo, le conoscenze circolano e si creano momenti di riflessione e opportunità di sviluppo.

La memoria dell'Ospedale è pertanto un'energia incrementale determinata dal fare per i pazienti, studenti e colleghi, ma soprattutto interagendo con i colleghi, gli studenti ed i pazienti. La memoria dell'ospedale è pertanto inesauribile e non attribuibile a nessuno, ma all'insieme di tutti gli attori che rendono vivo e vitale l'ospedale.

Dalle considerazioni generali vorrei passare ad un esempio diretto nato dal tentativo di fermare e documentare un momento della "memoria nel fare", raccogliendo in una piccola brochure dal titolo *RespiraRE* uno dei tanti momenti di riflessione sul fare quotidiano relativo alla riabilitazione respiratoria perioperatoria per i pazienti da sottoporre ad interventi di Chirurgia Toracica.

La condivisione del principio che la riabilitazione deve iniziare dal momento della comunicazione della diagnosi e la constatazione che l'anticipazione del programma fisioterapico riabilitativo, rispetto all'intervento stesso risulta uno dei determinati maggiori dei buoni esiti di cura, ha spinto a trasformare in risposta scritta una delle domande più frequenti dei pazienti coinvolti nei programmi riabilitativi.



TEF (TECNICHE di ESPIRAZIONE FORZATA) – (HUFF)

La domanda di avere informazioni precise su come sviluppare il programma stesso ha richiesto una risposta articolata e strutturata in un piccolo manuale che oggi



viene presentato ed offerto a tutti i pazienti, che si accingono ad affrontare un intervento in Chirurgia Toracica dell'ASMN.

Il manuale raccoglie le esperienze dirette, utili al paziente, ma anche a studenti e colleghi sulle interazioni nel percorso riabilitativo dei fisioterapisti, degli infermieri, dei fisiatristi integrato con gli interventi più strettamente chirurgici ed anestetico-antalgici messi in atto in modo combinato nel percorso di cura.



Spirometro Incentivante

L'idea di Respira^{RE} nasce circa 4 anni fa dall'impegno di Giuliana Montanari, fisioterapista, e Marina Paterlini, infermiera, entrambe promotrici di questo opuscolo che oggi è parte integrante e sostegno dell'informazione offerta ai pazienti che scelgono di farsi curare in Chirurgia Toracica, unità del dipartimento Cardio - Toraco - Vascolare e Area Critica.

Respira^{RE} conferma l'impegno dell'unità di Medicina Fisica e Riabilitativa del Dipartimento Neuro-Motorio nel campo della riabilitazione oncologica, parte indispensabile per il buon esito dei percorsi diagnostico terapeutici offerti ai pazienti oncologici.

L'opuscolo Respira^{RE} è stato presentato ed illustrato all'incontro O.R.I.A. (Osservatorio per la Ricerca ed Innovazione Aziendale) del 15 luglio 2009 da:

- Giuliana Montanari - *Fisioterapista*,
- Annalisa Cisaria - *Infermiera Chirurgia Toracica e Vascolare*,
- Monica Guberti - *Responsabile Infermieristico del Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare e Area Critica*,
- Giovanni Bettuzzi - *Coordinatore Infermieristico delle Unità di Chirurgia Toracica e Vascolare*,
- Dinetta Bianchini - *Fisiatra*,
- Cristian Rapicetta - *Borsista di Ricerca Chirurgia Toracica*,
- Giorgio Sgarbi - *Direttore Chirurgia Toracica*.

L'edizione e la grafica è stata curata da Lidia Scalabrini e Stefano Rivi dell'Ufficio Comunicazione dell'ASMN, che hanno predisposto anche la versione on-line scaricabile dal sito internet aziendale all'indirizzo <http://www.asmn.re.it/allegati/PerformanceRespiratoria.pdf>

La pubblicazione è sostenuta dal contributo dell' "Associazione Lodini-onlus per la ricerca in Chirurgia".



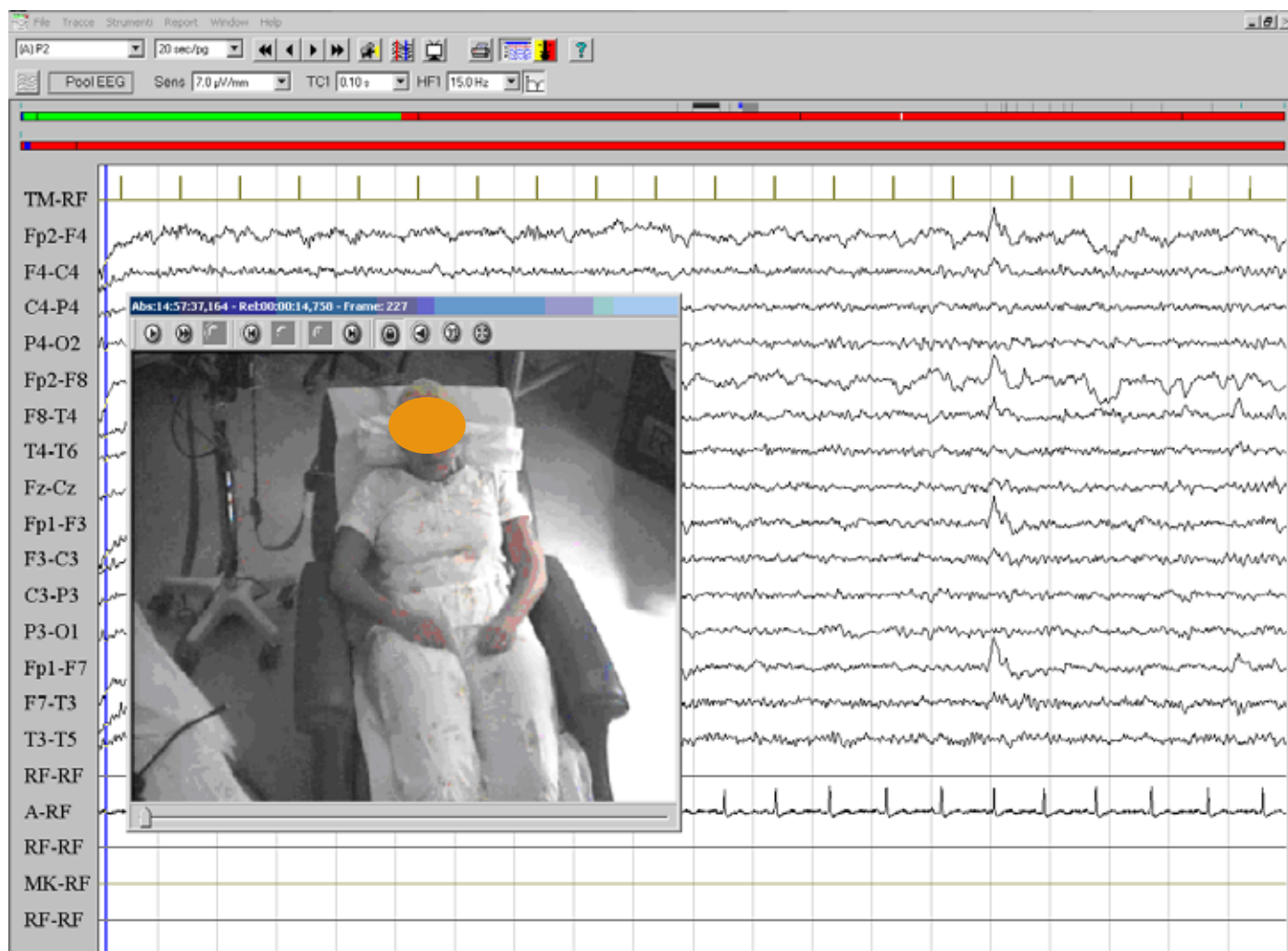
Salvatore De Franco

Osservatorio Ricerca ed Innovazione Aziendale ASMN



REGISTRAZIONE VIDEO-EEG

1-9-2008/1-9-2009 NELLA STRUTTURA SEMPLICE DI NEUROFISIOLOGIA





INTRODUZIONE

Nella pratica clinica neurologica uno dei problemi che lo specialista si trova più spesso a dover valutare è la diagnosi differenziale tra crisi epilettiche ed episodi parossistici non epilettici.

I dati clinico-anamnestici e la descrizione degli eventi fornita dai testimoni possono infatti non essere conclusivi.

Lo studio EEG in veglia e in sonno può fornire informazioni aggiuntive riguardo alla presenza o meno di anomalie epilettiformi intercritiche, ma il rilievo di tali anomalie non significa necessariamente che il paziente sia epilettico, così come d'altra parte la loro assenza non lo esclude con certezza, in quanto la durata troppo breve delle registrazioni EEG potrebbe non consentirne la registrazione.

La possibilità di monitorare il paziente in video-EEG per un periodo di tempo prolungato (*almeno 4 ore*), in giorni consecutivi e con modalità diverse (in veglia, in privazione ipnica, con poligrafia ecc.) può consentire di registrare gli episodi critici.

La registrazione degli episodi critici in video-EEG consente di valutarne dettagliatamente le manifestazioni cliniche ed EEGrafiche.

E' inoltre possibile mostrare gli episodi registrati al paziente e ai familiari così da ottenere la conferma che le crisi registrate siano sovrapponibili a quelle riferite in anamnesi.

Dall'integrazione tra i dati clinico-anamnestici e quelli raccolti dalle registrazioni si arriva alla diagnosi conclusiva.

Sono evidenti le ripercussioni sul diverso trattamento da riservare ai pazienti con epilessia rispetto a quelli non epilettici.

1. Nei pazienti con diagnosi accertata di epilessia non è semplice, talora, stabilire, sulla base dei soli dati anamnestici, che tipo di crisi presentino. Soprattutto nei pazienti con crisi frequenti, apparentemente resistenti al trattamento, la video-EEG può fornire informazioni importanti.

La registrazione di crisi focali, in pazienti inquadrati come aventi una sindrome epilettica generalizzata, e viceversa la registrazione di crisi generalizzate (ad esempio di assenza), in pazienti trattati per un'epilessia focale, può portare ad un capovolgimento della terapia risolutivo di un'epilessia falsamente farmacoresistente.

2. Nel paziente con epilessia correttamente inquadrata e trattata vengono riferiti episodi parossistici la cui natura non è chiara e la loro registrazione in video EEG può consentire di differenziare le crisi da ma-

nifestazioni non epilettiche (ad es. episodi di caduta dovuti a sovradosaggio farmacologico).

Anche in questo caso è evidente l'interesse pratico di tale informazioni per la gestione del paziente.

3. Nel paziente affetto da epilessia focale farmacoresistente, la video EEG rappresenta la prima tappa dell'iter prechirurgico in quanto la dettagliata definizione delle manifestazioni cliniche critiche correlate alle modificazioni EEG fornisce informazioni preziose per definire l'area epilettogena, cioè la regione cerebrale da cui le crisi prendono origine.

L'esito di tale indagine può anche portare all'esclusione del paziente dal trattamento chirurgico, in quanto la regione di origine delle crisi può risultare coincidente ad esempio con un'area eloquente oppure troppo estesa da rendere improponibile l'intervento chirurgico.

PERIODO DI REGISTRAZIONE VIDEO-EEG

Dal 1/09/2008 al 20/07/2009.

In genere 5 giorni consecutivi, la prima e la terza settimana di ogni mese.

Qualora non venissero registrati episodi critici o non si arrivasse ad una definizione diagnostica la registrazione veniva ripetuta per un secondo ciclo nello stesso paziente al turno successivo.

La prestazione è stata erogata come prestazione esterna (con apposita codifica CUP) oppure interna nell'ambito di un ricovero ospedaliero o DH (con codifica 8919 risultante nella SDO).

PAZIENTI SOTTOPOSTI ALLA REGISTRAZIONE VIDEO-EEG

15 pazienti di cui tre affetti da sclerosi temporale mesiale sn, una affetta da cavernoma tempor-mesiale dx, uno affetto da esiti di cisti corticale operata, una affetta da epilessia criptogenica, una affetta da neoplasia temporo-insulare sn, due affetti da encefalopatia congenita, due affette da epilessia mioclonica, uno affetto da PSP, uno con sospette crisi indotte da videogames, una affetta da disturbi parossistici non epilettici.

La selezione dei pazienti è avvenuta ad opera del Centro Epilessia oppure della Struttura Complessa di Neurologia.

La Video-EEG ha permesso di monitorare insieme al tracciato digitale anche la registrazione Video, per poter correlare l'evento clinico con il tracciato EEG.

EBNeuro è l'elettroencefalografo utilizzato per le varie registrazioni, implementato da ausilio di videocamera posizionata nella stanza di registrazione del paziente.

Sono state utilizzate cuffie precablate, secondo il Sistema Internazionale 10-20, per la registrazione elettroencefa-



lografia ed elettrodi di superficie adesivi o a coppetta per la registrazione della traccia poligrafica (elettrocardiogramma, elettromiogramma).

Si procedeva quindi alla registrazione dell'elettroencefalogramma, dell'elettrocardiogramma e su richiesta del Neurologo veniva registrato anche l'elettromiogramma.

I parametri di acquisizione utilizzati sono stati:

- per EEG una sensibilità di 7 o 10 microVolt/mm, una costante di tempo di 0.1 sec e filtri delle alte frequenze di 70 o 30Hz;
- per l'ECG sono stati 2mV/cm, 0.10sec, 30Hz;
- per l'elettromiogramma 20 microvolt/mm, 0.03 sec e 150 Hz.

Con resistenze di contatto al di sotto dei 5 K Ω .

Durante l'esame sono state eseguite prove di attivazione che venivano ripetute nell'arco delle 4 ore tra cui: iperpnea, stimolazione luminosa intermittente, sonno e privazione di sonno.

In un caso sono state anche ricreate le condizioni che, a detta del paziente, avevano scatenato l'evento critico (giocare al video-games).

PROBLEMI E DIFFICOLTÀ

I problemi che più frequentemente si incontrano in questo tipo di esami sono la disponibilità dell'ambulatorio per tante ore di seguito e la collaborazione del Pz.

Molti pazienti, provenienti dal territorio, nonostante l'informazione ricevuta relativa alla durata dell'esame, non sempre riuscivano a sostenere la lunga registrazione e l'esame veniva interrotto prima delle 4 ore previste.

Inoltre vi è da aggiungere il fastidio che la cuffia, tenuta per tutta la durata dell'esame, non sempre è tollerata dal Pz.

Un altro problema da affrontare è stato la considerevole quantità di dati da archiviare che nel nostro caso è stato risolto attraverso back-up dei dati su supporto digitale (CD-R/DVD-R).

RISULTATI

Registrate 1 crisi temporale sn, 1 crisi ipermotoria, numerose crisi miocloniche, 5 crisi temporo-insulari sn, 1 cluster di crisi frontali.

CONCLUSIONI

La video EEG si è dimostrata una metodica utile non solo nella definizione del focus epilettogeno nei pazienti con epilessia focale farmaco-resistente potenzialmente candidati all'iter pre-chirurgico, ma anche un ausilio

decisivo per dirimere tra crisi epilettiche ed episodi parossistici non epilettici, per definire la semiologia delle crisi in pazienti con sindrome epilettica in corso di definizione, per monitorare l'efficacia del trattamento in pazienti affetti da epilessia mioclonica.

Riteniamo che tale indagine rappresenti nell'ambito del Servizio di Neurofisiologia uno strumento indispensabile per qualificare lo studio delle crisi epilettiche e nell'ambito dell'UO di Neurologia una metodica necessaria per il corretto inquadramento diagnostico delle malattie con manifestazioni parossistiche.

La figura specializzata del Tecnico di Neurofisiopatologia è importante per una corretta documentazione delle manifestazioni cliniche in rapporto ai cambiamenti del tracciato EEG.

Quindi è indispensabile che il Tecnico raccolga un'anamnesi accurata ed approfondita per poter meglio identificare e gestire gli eventuali episodi critici.

Inoltre, è necessario istruire il paziente ad interagire con il Tecnico, mettendolo in condizione di riferire eventuali sensazioni correlate con l'evento clinico.

FUTURI SVILUPPI

E' auspicabile che tale metodica venga ampliata nella pratica clinica ed estesa allo studio dei fenomeni parossistici notturni per la diagnosi differenziale tra crisi epilettiche ed episodi parossistici non epilettici in sonno, estremamente diffusi e altrimenti difficili da inquadrare.

Romana Rizzi
Motti Luisa
Fulvia Piomboni
Daniela Sirotti
Neurologia



LA COOP CONSUMATORI NORD-EST HA **DONATO** **L'ECOGRAFO FIBROSCAN** **ALLA MEDICINA III**



La Dott.ssa Elisabetta Castagnetti ed il Sig. Alessandro Borghi accanto al Fibroscan

È già in uso, dopo un adeguato periodo di formazione sulla equipe di professionisti della Struttura di Medicina III del nostro Ospedale, il nuovo Ecografo Fibroscan. È dallo scorso mese di luglio che l'apparecchiatura è in dotazione al reparto grazie alla donazione ricevuta da parte di COOP Consumatori Nord-Est.

L'iniziativa, fortemente voluta da COOP, ha preso il via

all'inizio della primavera 2009 con l'obiettivo di raggiungere una cifra sufficiente a coprire parte dei costi di acquisizione dell'apparecchiatura, quasi 100.000 €.

L'Associazione per lo Studio e la Cura delle Malattie dell'Apparato Digerente (ASCMAD), presieduta dal Dr. Giuliano Bedogni, si era impegnata a coprire la differenza necessaria a coprire la totalità dei costi.



L'impegno di COOP e, soprattutto, la grande generosità dei soci, ha permesso di superare, nonostante la crisi economica, ogni aspettativa.

In meno di quattro mesi è stato raggiunto il traguardo premiando ampiamente lo sforzo di chi, come il Sig. Alessandro Borghi, Presidente del distretto di Reggio Emilia o come la Dott.ssa Elisabetta Castagnetti, della Medicina III, avevano per primi ideato la iniziativa.

COSA È IL FIBROSCAN?

La metodica ecografica tradizionale è estremamente utile per il monitoraggio delle malattie di fegato e consente una diagnosi precoce anche dei tumori epatici; non fornisce, tuttavia, adeguate informazioni sul grado di "fibrosi" del fegato, quindi sul progresso della malattia epatica verso la cirrosi.

La prognosi e la gestione clinica dei malati di fegato è, per contro, sempre più influenzata da tale parametro; finora l'unico strumento per valutare la fibrosi era costituito dalla biopsia epatica, metodica tuttora utilizzata, che ha caratteristiche di invasività e che, oltre ad indurre complicazioni, non è eseguibile per motivi tecnici (*ad esempio nei pazienti con problemi di coagulazione*).

Il Fibroscan misura, mediante una "elastometria ad impulsi", il grado di fibrosi del fegato e consente, per la sua facile ripetibilità, di seguire nel tempo l'evoluzione della malattia.

Tale metodica è stata ampiamente studiata in questi anni ed i risultati sono confermati da diversi gruppi di ricerca al punto che, attualmente, la valutazione dei malati di fegato con Fibroscan è considerata di routine negli studi clinici. L'applicazione del Fibroscan è assolutamente priva di rischi, non invasiva per il paziente e priva di costi aggiuntivi alla acquisizione della macchina operativa. Impiego rilevante del Fibroscan si avrà, inoltre, nei pazienti sottoposti a trapianto di fegato; circa sessanta, tutti seguiti dalla Medicina III.

I pazienti trapiantati necessitano di controllo costante, in particolare nella cirrosi da virus C, per scongiurare infezioni e conseguenti epatiti croniche.

Il Fibroscan consente, in maniera non invasiva, di seguire con precisione la evoluzione della malattia e di intervenire, se necessario, con farmaci.

Il Fibroscan ora in dotazione all'Arcispedale è il primo nella provincia e l'utenza verrà informata adeguatamente in merito alle modalità di prenotazione della nuova indagine.



Giova ricordare che il Fibroscan non è sostitutivo della ecografia tradizionale ma ne integra, piuttosto, i risultati.

Giovanni Fornaciari
Elisabetta Castagnetti
Medicina III



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

NOUVELLE

Un piccolo gesto
può fare grande la vita

www.donaresangue.it

Numero Verde
800-033033
Servizio sanitario regionale

DONARE SANGUE
Semplicemente importante

AVIS

 **Regione Emilia-Romagna**

FIDAS  **ad.v.s.**