

n. 3/4

Notizie

Aprile/Maggio 2009

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 XIV • 2009 • n. 3/4

INAUGURAZIONE DELLA NUOVA
STRUTTURA ALA NORD



TRATTAMENTO INTEGRATO DEI
TUMORI OVARICI: COSTITUZIONE
DI UN TEAM INTERDISCIPLINARE
AZIENDALE



LA SANTA MARIA NUOVA E' LA PRIMA
AZIENDA SANITARIA REGIONALE AD
ESSERE INTERAMENTE ACCREDITATA

LA RELAZIONE TUTORIALE DISCENTE
- DOCENTE

PERCEZIONE E TRATTAMENTO
DEL DOLORE NEL
PAZIENTE INCOSCIENTE
VENTILATO MECCANICAMENTE,
SOTTOPOSTO A PROCEDURE
CLINICO/ASSISTENZIALI



DNA CIRCOLANTE

LO SVILUPPO INIZIA QUI:
BREVE CRONACA DI UN
CONVEGNO NAZIONALE



IL GIORNALE DI ORTOGERIATRIA

SOMMARIO

- Direzione Generale
3 Inaugurazione della nuova struttura Ala Nord
- Dipartimento Ostetrico, Ginecologico e Pediatrico
6 Trattamento integrato dei tumori ovarici: costituzione di un Team Interdisciplinare Aziendale
- Direzione Medica di Presidio
8 Il Santa Maria Nuova è la prima azienda sanitaria regionale ad essere interamente accreditata
- Formazione, Innovazione Clinica e Biblioteca
10 La relazione tutoriale discente-docente
- Direzione Infermieristica, Tecnica e Ostetrica
12 Percezione e trattamento del dolore nel paziente incosciente ventilato meccanicamente, sottoposto a procedure clinico/assistenziali
- Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare e di Area Critica
15 DNA circolante
- Direzione Infermieristica, Tecnica e Ostetrica
16 Lo sviluppo inizia qui: breve cronaca di un Convegno Nazionale
- Dipartimento Neuro-Motorio
19 Il giornale di ortogeriatría

NOTIZIE

PERIODICO BIMESTRALE DELL'ARCISPEDALE SANTA MARIA NUOVA DI REGGIO EMILIA

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

ANNO XIV - 2009 - n. 3/4

DIRETTORE RESPONSABILE

Lidia Scalabrini

HANNO COLLABORATO A QUESTO NUMERO

Martino Abrate

Salvatore De Franco

Monica Guberti

Marina Lemmi

Francesca Nunziante

Massimiliano Paci

Giulio Pioli

Marzia Prandi

Maria Ravelli

Angela Saffioti

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



INAUGURAZIONE DELLA NUOVA STRUTTURA ALA NORD



Un taglio del nastro avvenuto alla presenza di autorità e professionisti ha ufficialmente celebrato Venerdì 27 Marzo la inaugurazione della nuova struttura Ala Nord dell'Arcispedale.

È stato il Presidente della Regione Emilia Romagna Vasco Errani a compiere il gesto rituale alla presenza dell'Assessore Bissoni, della Presidente della Provincia Sonia Masini, del Sindaco Graziano Delrio, delle massime autorità cittadine e dei benefattori dell'Arcispedale.

Particolarmente apprezzati i settori che, nella struttura composta da sei piani per una superficie complessiva di 10.200 metri quadri, presentano il più elevato contenuto di tecnologia: la centrale di sterilizzazione posta al

piano interrato ed il blocco operatorio posto al quarto ed ultimo piano. Due i piani dell'edificio già occupati, il piano 0 ed il piano 1°, dallo scorso mese di gennaio dalla Struttura di Nefrologia e Emodialisi. Gli altri piani verranno gradualmente occupati nelle prossime settimane dai reparti che vi sono destinati: day hospital e ambulatori di Otorinolaringoiatria ed Oculistica al Piano 2° e degenza ordinaria di Otorinolaringoiatria ed Oculistica al Piano 3°. La realizzazione della nuova struttura, avvenuta secondo i più moderni standard, rappresenta una fase ulteriore del progetto di sviluppo del nostro Ospedale e rappresenta un ulteriore passo avanti verso "l'ospedale del futuro".



L'Ospedale, infatti, continua a crescere ponendosi nuovi traguardi senza perdere di vista la qualità della assistenza e della cura dovute ai pazienti e la capacità di innovare, individuando sempre nuove possibilità di miglioramento, approfondimento, specializzazione e di valorizzazione delle aree di eccellenza. Particolare interesse hanno suscitato i due eventi collaterali realizzati per arricchire il momento inaugurale. Una mostra di foto dello sport reggiano, composta di quasi cento immagini che abbracciano gli ultimi ottant'anni di avvenimenti, abbellirà permanentemente gli spazi dell'Ala Nord e la esposizione temporanea di dieci bici storiche provenienti dalla Collezione Giannetto Cimurri. Sviluppo e innovazione tecnologica rappresentano, quindi, un carattere distintivo del S. Maria Nuova e, al tempo stesso, obiettivi di primaria importanza, legati inscindibilmente anche alla connotazione del futuro IRCCS.

L'ALA NORD



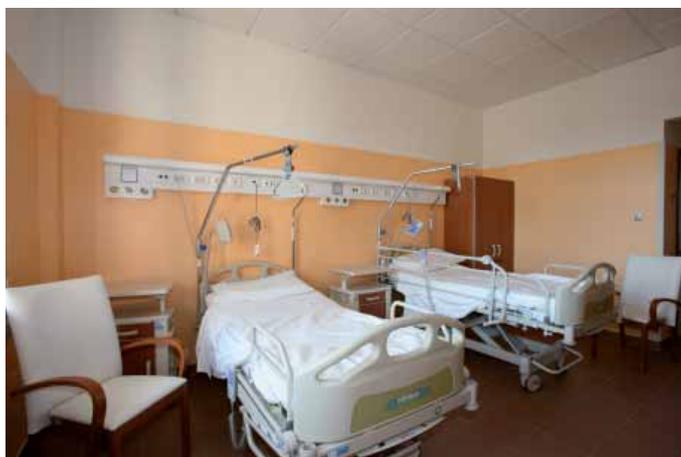
Il Corpo di Fabbrica Ala Nord comprende 5 piani fuori terra e un seminterrato per complessivi 10.200 mq destinati ad accogliere:

- **piano Seminterrato** - Centrale di Sterilizzazione, spogliatoi personale;
- **piano Terreno** - Servizio di Emodialisi e Day Hospital della Struttura di Nefrologia e Dialisi;
- **piano 1°** - Degenza Ordinaria di Nefrologia e degenza del settore dedicato alla libera professione;
- **piano 2°** - Day Hospital e Ambulatori ORL-Oculistica;
- **piano 3°** - Degenza ordinaria di ORL e Oculistica;
- **piano 4°** - Blocco operatorio di ORL, Oculistica, Ortopedia e Neurochirurgia d'Urgenza.



Il fabbricato si collega con continuità alla struttura esistente, riprendendone i criteri progettuali, le caratteristiche architettoniche esterne, il modulo distributivo interno, i percorsi. Grande attenzione è stata rivolta alla realizzazione di spazi di qualità, sia dal punto di vista dimensionale (viene garantita una dotazione di locali di supporto, per l'espletamento delle attività assistenziali, adeguata alla tipologia e al volume di attività) che di finitura, al fine di realizzare ambienti più confortevoli, accoglienti (cura delle cosiddette *soft qualities*: utilizzo di materiali e colori più gradevoli, illuminazione adeguata, attenta scelta degli arredi ecc.), tali da favorire le relazioni ed il benessere psico-fisico di pazienti, medici, operatori sanitari e visitatori (microclima, comodità nei servizi, superamento delle barriere architettoniche).

DEGENZE



Il trasferimento nella nuova sede delle strutture di degenza ordinaria e di day hospital permetterà di offrire ai pazienti un elevato standard di comfort alberghiero (sono previste camere a due posti letto, con propri servizi igienici) e di garantire una dotazione di locali di supporto, per l'espletamento delle attività assistenziali ed alberghiere, adeguata alla tipologia e al volume di attività svolta. Sono sempre più sfumati gli elementi caratterizzanti l'ospedale come mero "luogo di cura", favorendo la realizzazione di un ambiente a misura d'uomo, più familiare, rassereneante.



CENTRALE DI STERILIZZAZIONE



L'attività di sterilizzazione e lo stoccaggio dei materiali verranno concentrati in un unico settore, superando così l'attuale organizzazione che prevede il decentramento dell'attività in ogni blocco operatorio (aree di substerilizzazione), con conseguenti indubbi vantaggi in termini di:

- miglioramento della qualità del processo,
- rintracciabilità di tutto il materiale correlato ad uno specifico paziente,
- omogeneizzazione dei comportamenti,
- ottimizzazione dell'organizzazione del lavoro,
- recupero di efficienza complessiva.

Al tempo stesso, la centrale di sterilizzazione, collegata al fabbricato esistente (ed a quello simmetrico in fase di edificazione a sud del monoblocco inaugurato nel 2003) attraverso una dorsale che si estenderà anche al nascente polo oncoematologico ed ai piani superiori attraverso elevatori dedicati, potrà recapitare o prelevare i materiali senza interferire con i percorsi orizzontali dedicati all'utenza e agli operatori. Tale sistema organizzativo permetterà, inoltre, di risparmiare spazi all'interno dei blocchi operatori, esigenza che è necessario soddisfare per il progressivo aumento delle tecnologie a supporto dell'attività chirurgica minivasiva e open.

NUOVO BLOCCO OPERATORIO



Al 4° piano dell'Ala Nord è stato realizzato un nuovo Comparto Operatorio con 7 sale operatorie destinate alle specialità di Neurochirurgia, Oculistica, Otorinolaringoiatria e Ortopedia. L'evoluzione della chirurgia in questi ultimi anni è stata tumultuosa: sviluppo della chirurgia laparoscopica, nuove tecniche anestesiolgiche (da notare che questo blocco operatorio è stato progettato e realizzato senza colonne di adduzione del protossido d'azoto), interventistica endovascolare, fusione tra chirurgia e diagnostica per immagini, sviluppo delle attività di radioterapia intraoperatoria, informatizzazione sempre più ampia, telechirurgia, robotizzazione.

L'intervento chirurgico, oggi richiede il coinvolgimento di più professionalità con competenze tecniche differenti (radiologo, fisico, raditerapista ecc.). La crescente dotazione di apparecchiature e strumenti di sala di altissimo livello tecnologico (navigatori, robot, apparecchiature laser, RM) ha portato alla progettazione di sale operatorie molto più ampie rispetto alle attuali (quasi 50 mq), dotate di uno spazio adeguato ad ospitare i chirurghi, gli anestesisti, il personale addetto al tavolo operatorio. È stato, inoltre, ridotto al minimo l'ingombro delle attrezzature fisse e mobili, lasciando a pavimento solo le attrezzature più pesanti. Le sale, realizzate con struttura prefabbricata e pareti pannellate in Pral sono state schermate per l'eventuale utilizzo in sala di apparecchiature radiologiche. Al fine di garantire il massimo di flessibilità alla attività, la struttura, gli impianti e le attrezzature sono pressochè uguali in tutte le sale; l'assegnazione ad una specifica disciplina è esclusivamente funzionale. Una settima sala, di dimensioni leggermente inferiori (40 mq) è dedicata all'attività chirurgica ambulatoriale delle discipline rappresentate e, grazie ad un sistema di porte e ad un posizionamento accuratamente studiato, può, al bisogno essere integrata o esclusa dai percorsi "protetti" del blocco operatorio. Una novità per il Santa Maria Nuova, introdotta per la prima volta in questo blocco operatorio, è la realizzazione di una recovery room (area di accoglienza, preparazione e risveglio) centralizzata, a direzione anestesiolgica, la cui funzione sarà quella di migliorare l'umanizzazione della fase di accoglienza del paziente ed ottimizzare i tempi di funzionamento delle sale operatorie, consentendo, in un ambiente dotato delle medesime tecnologie di una terapia intensiva post-operatoria, il monitoraggio del paziente prima dell'invio nel reparto di successiva destinazione. La progettazione del blocco operatorio ha previsto tutte le misure strutturali, impiantistiche e organizzative atte a ridurre il rischio di contaminazione proveniente sia dall'esterno che dagli stessi operatori.

Ivan Trenti
Direttore Generale



TRATTAMENTO INTEGRATO DEI TUMORI OVARICI: COSTITUZIONE DI UN TEAM INTERDISCIPLINARE AZIENDALE

Il tumore ovarico non è un tumore frequente, infatti in Emilia-Romagna ha un tasso di incidenza intorno di 17-18 casi su 100.000 donne per cui, nella provincia di Reggio Emilia, è prevedibile l'insorgenza di circa 45 casi per anno mentre in Emilia-Romagna si stimano circa 350-400 nuovi casi.

In generale la prognosi è severa, dal momento che nel 70% dei casi la diagnosi avviene allo Stadio III, con presenza di carcinosi peritoneale.

La sopravvivenza complessiva media è a 5 anni di circa il 40%, ma varia dal 75% in pazienti al I° Stadio al 17-20% circa al IV° Stadio. La terapia standard del tumore ovarico prevede una terapia integrata con una chirurgia di citoriduzione ottimale seguita da una chemioterapia adiuvante a base di platino.

Dagli anni '90 è dimostrato che la prognosi dei tumori maligni dell'ovaio negli stadi avanzati ha come principale fattore indipendente il residuo neoplastico dopo il primo intervento chirurgico: la sopravvivenza aumenta significativamente con residuo tumorale inferiore ad 1 cm, mentre non cambia se il residuo è maggiore di 2 cm. Questo dato è dimostrato da moltissimi studi quali la metanalisi di Bristow (J Clin Oncol, 2002;20:1248-59) del 2002.

Particolarmente significativo è lo studio di Chi DS e Coll. (Gynecol Oncol. 2006;103(2):559-64), che su una casistica molto selezionata di pazienti con tumore al III° stadio C (tumore diffuso al peritoneo addominale) dimostra che la sopravvivenza media è significativamente correlata alla dimensione del residuo neoplastico per cui in caso di assenza di residuo (citoriduzione ottimale)

si ha una sopravvivenza di 106 mesi, mentre con residuo tra 1 e 2 cm la sopravvivenza crolla a 34 mesi.

Per ottenere questo risultato è necessario uno sforzo chirurgico importante che richiede oltre alla terapia classica standard del carcinoma ovarico (isterectomia, annessiectomia bilaterale, omentectomia, appendicectomia, biopsie peritoneali multiple) anche resezioni intestinali, ampie peritonectomie pelviche, addominali e del diaframma, resezioni di metastasi epatiche, colecistectomia, splenectomia, resezione della coda del pancreas, etc.



Nel trattamento standard, dopo una chirurgia la paziente deve sottoporsi ad una chemioterapia a base di paclitaxel-cisplatino per 6 cicli.



Negli ultimi anni è stata proposta la possibilità di una chemioterapia con carbo-taxolo per 3 cicli eseguita prima della chirurgia citoreduttiva, che potrebbe avere il vantaggio di una riduzione dell'aggressività chirurgica e una migliore possibilità di debulking ottimale. Non sono stati dimostrati tuttavia risultati migliori in termini di overall survival rispetto alla prima chirurgia seguita da chemioterapia adiuvante.

Negli ultimi anni si è sviluppato inoltre il dibattito su elementi quali il ruolo della chemioterapia intraperitoneale, che da alcuni studi sembra migliorare la sopravvivenza media, l'utilizzo della chemioipertermia all'interno di una chirurgia citoreduttiva assai spinta (Helm, Journal of Surgical Oncology, 2008; 98:283-290) il reale ruolo e il timing di una seconda chirurgia in caso di recidive (Vergote, Int J Gynecol Cancer 2008, 18, 11-19).

Il brevissimo excursus sullo stato dell'arte nella terapia del tumore ovarico tende a dimostrare che la terapia del tumore ovarico è fortemente integrata sia nella fase del primo trattamento che nel caso di recidive, purtroppo assai frequenti e che l'elemento di più difficile standardizzazione resta l'approccio chirurgico, che resta tuttora elemento prognostico fondamentale.

All'interno dell'ASMN si è ritenuto perciò indispensabile costituire un gruppo di lavoro di professionisti di diverse estrazioni che garantiscano il miglior trattamento delle donne affette da tumore ovarico.

Il giorno 4 febbraio 2009, presso l'aula 1 delle aule di formazione, si è tenuto un incontro costitutivo di un Team per la diagnosi e il trattamento del tumore ovarico che ha visto interessati Radiologi, Medici Nucleari, Anatomico-Patologi, Ginecologi, Chirurghi Generali, Chirurghi Toracici, Anestesisti e Oncologi Medici.

Hanno partecipato anche il Dr. Apolone, Consulente dell'ASMN per il costituendo IRCCS, e il Dr. Mazzi in rappresentanza della Direzione.

Obiettivo del pomeriggio di studio è stato quello di condividere la filosofia complessiva del trattamento del tumore ovarico, partendo dagli aspetti diagnostici, sia preoperatori con l'utilizzo di diagnostica per immagini TAC sempre più precisa, che nell'ambito della recidiva dove la TAC PET ha un ruolo fondamentale, passando agli aspetti terapeutici con la definizione delle tecniche chirurgiche più adeguate al raggiungimento di una citoreduzione ottimale, in particolare sull'alto addome e sul diaframma dove può essere interessato anche il Chirurgo Toracico.

La condivisione è stata assai approfondita. Hanno partecipato 50 professionisti dell'ASMN, che in gran parte già collaborano a diverso titolo nel percorso delle pazienti con tumore ovarico.

L'obiettivo finale sarà quello di definire un percorso diagnostico-terapeutico completo, da condividere anche in sede Interaziendale, che vada dal momento della prima diagnosi alle terapie palliative in caso di recidiva non più trattabile, sul modello di quanto è stato definito per altre neoplasie quali quella della mammella e quella del polmone.

L'iniziativa si colloca nel quadro di un ulteriore miglioramento della qualità assistenziale della ginecologia oncologica all'interno dell'ASMN che si propone di diventare Centro di riferimento non solo provinciale ma, possibilmente, di Area Vasta o Regionale.

Martino Abrate

Direttore Dipartimento
Ostetrico, Ginecologico e Pediatrico

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Arcispedale S. Maria Nuova

Direttore: Martino Abrate
Oncologo
Prof. Giovanni Battista La Sala - Direttore
Ginecologia Oncologica
Dott. Martino Abrate - Direttore

COSTITUZIONE OVARY CANCER TEAM

Mercoledì
4
Febbraio
2009

Azienda ASMN di Reggio Emilia

Aula 1
Formazione
Piano—1

Introduzione

14.30 Saluti della Direzione Aziendale - Dr. Giorgio Mazzi
14.35 I gruppi di lavoro aziendali nell'ottica IRCCS - Giovanni Apolone
14.50 Proposta di gruppo aziendale "OVARY CANCER TEAM" - Martino Abrate

Moderatori: Giovanni Battista La Sala, Martino Abrate

15.00 La chirurgia primaria del tumore ovarico - Gino Clarifà
15.20 La chirurgia dell'alto addome nel tumore ovarico - Claudio Pedrazzoli, Francesco Sandoni
15.35 Ruolo del chirurgo toracico nella chirurgia del tumore ovarico - Giorgio Sgarbi
15.50 Ruolo della chemioterapia neoadiuvante e chemioterapia di prima linea - Corrado Bori, Annalia Carpi
16.15 Problemi anestesiologici nella paziente con carcinoma ovarico - Antonino Pistilli
16.30 Discussione
17.00 Pausa caffè
17.15 La diagnostica per immagini nella stadiazione prechirurgica - Monica Silvotti, Franco Nicoli
17.30 Ruolo della TAC/PET nella diagnostica della neoplasia ovarica - Arnaldo Versari
17.45 Istologia del tumore ovarico e ruolo dell'esame istologico estemporaneo - Maria Carolina Gelli
18.00 Il trattamento della recidiva: ruolo della chemioipertermia, la seconda chirurgia, la chemioterapia di seconda linea - Stefano Bonifazi, Martino Abrate, Annalia Carpi
18.45 Discussione
19.15 Conclusioni

La partecipazione sarà riconosciuta come presenza in servizio

Sono stati richiesti crediti ECM.



IL SANTA MARIA NUOVA È LA PRIMA AZIENDA SANITARIA REGIONALE AD ESSERE INTERAMENTE ACCREDITATA

Il 13 gennaio c.a. si è concluso il percorso di accreditamento per tutti i dipartimenti ospedalieri, percorso iniziato nel 2005 con l'accREDITAMENTO dei primi sei dipartimenti.

Si tratta della prima azienda sanitaria a livello regionale a concludere tutto l'iter di verifiche sulle strutture, gli impianti, l'organizzazione e i comportamenti professionali degli operatori, che la legge prevede sia effettuato a cura delle Regioni.

Tale percorso si è inserito anche nel quadro dei nuovi assetti aziendali in previsione dell'IRCSS.

Sono stati accreditati i dipartimenti di:

- chirurgia generali e specialistiche,
- neuro-motorio,
- ostetrico, ginecologico e pediatrico.

Il dipartimento cardio-toraco-vascolare e di area critica ha avuto la verifica di ri-accreditamento.

Il procedimento di accreditamento, obbligatorio in Italia ma realizzato in modo partecipato e coordinato a livello di tutte le aziende sanitarie della regione Emilia Romagna ha impegnato i professionisti di tutti i reparti per rendere i servizi offerti ai cittadini sempre più sicuri e partecipati.

La sicurezza è stata ricercata nella gestione:

- **della struttura e degli impianti.**
Sono evidenze tutte le ristrutturazioni in atto nei reparti "più vecchi" e gli ampliamenti realizzati nel corso degli ultimi anni che hanno rispettato i requisiti richiesti per l'accREDITAMENTO;
- **delle tecnologie.**
Per migliorare il controllo di tutta la strumentazione clinica utilizzata per effettuare gli esami e gli interventi sui pazienti. Un esempio è che tutte le tecnologie (dalla TAC agli ecografi, a tutte le apparecchiature delle sale operatorie, ai defibrillatori ecc.) devono avere controlli periodici di manutenzione sia da parte degli operatori addetti (manutenzione ordinaria) sia piani di verifica programmati da parte del servizio dedicato delle Tecnologie Biomediche (manutenzione preventiva). Tale attività è stata verificata dai valutatori regionali.
- **dell'organizzazione.**
Alcuni esempi di condizioni sicure per far funzionare al meglio l'organizzazione per l'accREDITAMENTO sono:
 - √ definire in modo chiaro le responsabilità nei reparti rispetto ai compiti di ciascuno. Questo per i pazienti e parenti vuol dire ad esempio sapere a chi rivolgersi per i vari problemi, vuol dire avere definito gli orari di accesso e rispettarli, vuol dire avere degli orari prestabiliti per avere notizie cliniche sul proprio familiare;



- ✓ codificare le modalità di comunicazione tra i professionisti dello stesso reparto sia per discutere su problemi organizzativi ma soprattutto per confrontarsi sul percorso clinico e assistenziale da garantire al paziente per fornirgli il meglio delle cure;
- ✓ lavorare in modo integrato tra le varie discipline e quindi tra reparti diversi al fine di garantire al paziente una valutazione complessiva del suo stato;
- ✓ curare la formazione professionale per garantire al paziente, personale preparato con competenze adeguate alle nuove conoscenze e tecnologie;
- ✓ raccogliere il punto di vista degli utenti non solo attraverso il singolo reclamo ma anche attraverso indagini di soddisfazioni ad hoc, che prevedono domande sempre più specifiche al fine di valutare le criticità segnalate dagli utenti e intervenire con progetti di miglioramento atti a risolvere i problemi;
- ✓ definire un sistema che tenga sotto controllo i risultati clinici per garantire la confrontabilità sugli esiti con i dati della letteratura scientifica.

le quali viene fornito agli utenti un servizio di qualità non casuale, ma consapevole e ripetibile e che qualora si verificano scostamenti rispetto al buon risultato atteso, la struttura ha la capacità di reagire per una immediata correzione dei comportamenti e l'attivazione di percorsi di miglioramento per il benessere del cittadino, ben utilizzando a questi scopi le risorse che le sono state assegnate.

Determinante è stato l'impegno dei referenti medici e infermieristici dell'accreditamento che in stretto collegamento con l'ufficio qualità e il supporto dei direttori e dei coordinatori infermieristici hanno reso possibile il coinvolgimento di tutti gli altri professionisti garantendo così risultati soddisfacenti.

Il percorso continua attraverso l'impegno sul miglioramento continuo e sulla continua standardizzazione dei processi di lavoro.

Un grazie a tutti i professionisti che hanno contribuito, spesso con difficoltà e realizzare i risultati raggiunti.

Maria Ravelli
Responsabile Ufficio Sistemi Qualità

Il processo di accreditamento ha il fine di fornire garanzie che esistono 'regole' precise e controllate attraverso



LA RELAZIONE TUTORIALE DISCENTE-DOCENTE

Alla dottoressa Lucia Spaggiari del Dipartimento Diagnostica per Immagini è stato assegnato il Premio Augusto Mosti 2008 per l'Etica e la Deontologia promosso dall'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Reggio Emilia



MOTIVAZIONE

Quest'anno assegniamo per la sesta volta il premio Mosti che il nostro Ordine ha dedicato alla valorizzazione dei contenuti etici della professione medica ed odontoiatrica.

Il tema prescelto nel 2008 è il contenuto dell'articolo 19 del Codice di deontologia Medica: **Aggiornamento e formazione permanente:** *"il medico ha l'obbligo di mantenersi aggiornato in materia tecnico scientifica, etico-deontologica e gestionale organizzativa, onde garantire lo sviluppo continuo delle sue conoscenze e competenze in ragione dell'evoluzione dei progressi della scienza, e di confrontare la sua pratica professionale con i mutamenti dell'organizzazione sanitaria e della domanda di salute dei cittadini. Il medico deve altresì es-*

sere disponibile a trasmettere agli studenti e ai colleghi le proprie conoscenze e il patrimonio culturale ed etico della professione e dell'arte medica...".

L'obbligo dell'aggiornamento e della formazione è tra quelli previsti dal SSN fin dal 1978 ma il riferimento per questo premio non è l'obbligo istituzionale ma l'obbligo deontologico previsto per tutti i medici che esercitano la professione.

Questo articolo ribadisce che per garantire un buon livello di assistenza medica al singolo cittadino e alla comunità e per rispondere anche al continuo progredire delle conoscenze scientifiche, è necessario che non si interrompa l'interminabile e continuo percorso formativo del medico. Questo percorso parte dalla formazione



universitaria (si impara ad apprendere), passa attraverso il tirocinio (si impara a fare), alla specializzazione che porta all'approfondimento ed alla piena autonomia nelle branche specifiche della medicina e continua per tutto il cammino della professione medica, al fine di garantire l'adeguatezza del nostro sapere e operare ai contenuti professionali sempre più rinnovati e continuamente mutanti (il saper fare). Il percorso formativo del medico pertanto va visto nella sua interezza e continuità: dalla formazione universitaria che porta soprattutto conoscenze teoriche, all'apprendimento di capacità professionali acquisite mediante attività pratiche fino a giungere alla capacità di individuare i problemi del paziente e della comunità e contribuire alla loro soluzione.

L'insieme delle conoscenze che fanno parte del continuo percorso formativo del medico è quindi costituito da:

- **conoscenze bioetiche** quali livelli di assistenza in rispetto alle aspettative del paziente, della società che si fondano sui diritti fondamentali dell'uomo, equità di risorse e della loro distribuzione;
- **conoscenze scientifiche** che rispondano alla ricerca continua della conoscenza e al superamento dell'obsolescenza delle nozioni precedentemente apprese;
- **contenuti sanitari e sociali** che per giungere ad una corretta distribuzione delle risorse fa ricorso alle evidenze scientifiche e pone il medico come mediatore tra i bisogni del paziente e l'accesso ai servizi sanitari;
- **riferimenti filosofici ed umanistici**, alla base della medicina, che ripropongono l'equilibrio nel rapporto medico/paziente ma soprattutto cercano di bilanciare gli effetti di uno sviluppo scientifico e tecnologico troppo rapido con una maggiore e rinnovata attenzione a valori quali rispetto della persona nei suoi valori più intimi, solidarietà verso i suoi bisogni e comprensione dei suoi dilemmi.

Questo lungo viaggio nella professione non può essere percorso in solitudine; già dalla formazione universitaria nasce un rapporto tra lo studente e il professore, si identificano dei luoghi, delle aspettative e dei vissuti che si confrontano e si arricchiscono vicendevolmente. I ruoli di chi insegna e di chi apprende si incrociano e si invertono continuamente in un confronto costruttivo ed arricchente. Il tema della formazione e dell'aggiornamento come affrontato dal Codice Deontologico costituisce un dovere deontologico per il medico non solo per mantenere uno standard ottimale di conoscenze ed abilità adeguate al sapere scientifico ma richiama anche gli aspetti organizzativi e gestionali e soprattutto il dovere morale di ogni "dottore" (da docere = insegnare)

di essere disponibile trasmettere agli studenti ed ai colleghi le sue conoscenze, la sua esperienza e l'arte della medicina, **"il saper far fare"**.

Questo articolo del Codice nasce da lontano: nell'edizione del 1998 nella rivisitazione del giuramento ipocratico era questa frase: "mi impegno a comunicare i precetti generali, le lezioni orali e tutto il resto della dottrina ai miei figli, a quelli del mio maestro e con loro quanti per iscritto si saranno dichiarati miei discepoli impegnandosi con giuramento secondo la legge medica." Nell'edizione 1958 "i giovani abbiano deferenza per gli anziani e questi siano loro di esempio e di guida nell'esercizio della professione".

In una versione ancora precedente "rispetterò il mio Maestro nell'arte medica come i miei genitori, dividerò con lui il sostentamento, e, se necessario, gli darò tutto quello di cui ha bisogno; considererò i suoi figli come miei fratelli e, se desiderassero apprendere l'arte medica, l'insegnerò loro senza alcun compenso e senza alcun impegno".

Da questi valori la Commissione per l'Etica dell'Ordine ha ritenuto di proporre al Consiglio Direttivo per l'assegnazione del premio Mosti 2008 il tema della "Relazione d'apprendimento e tutoriale". Il Consiglio dell'Ordine nella seduta di martedì 21 ottobre 2008, recepita la proposta ed analizzate le segnalazioni pervenute per il tramite della Commissione stessa, ha ritenuto di assegnare il Premio Mosti 2008 per l'Etica ai Colleghi, Dott. Corrado Chiari e Dott.ssa Lucia Spaggiari.

Alla Dottoressa Lucia Spaggiari è stato conferito il premio con la seguente motivazione, documentata nel curriculum professionale:

"Per aver svolto la sua formazione universitaria specialistica orientandosi ad una disciplina di particolare interesse per lo stesso professor Mosti, la "diagnostica radiologica polmonare".

Per aver seguito il proprio tutor negli aspetti più innovativi relativi all'interpretazione diagnostica delle patologie polmonari più complesse, per aver acquisito sempre maggiore familiarità nell'impiego delle tecnologie innovative come la TC multislices.

Per aver trasferito nell'ultimo periodo della formazione tutte le conoscenze acquisite anche nella realtà professionale lavorativa dove collabora con diversi gruppi interdisciplinari di approfondimento e revisione tra pari di casistiche di pazienti con patologie polmonari".

Salvatore De Franco

Presidente Ordine dei Medici
Chirurghi ed Odontoiatri di Reggio Emilia



PERCEZIONE E TRATTAMENTO DEL DOLORE NEL PAZIENTE INCOSCIENTE VENTILATO MECCANICAMENTE, SOTTOPOSTO A PROCEDURE CLINICO/ASSISTENZIALI

La presenza degli studenti del Corso di Laurea per Infermiere nelle strutture ospedaliere, rappresenta, oltre che un impegno per gli infermieri nel seguire il loro percorso, anche una grande opportunità di crescita per le équipes assistenziali. In particolare, il tempo dedicato dagli studenti per produrre le tesi al termine del percorso universitario, può costituire una preziosa risorsa anche per portare avanti progetti di studio e ricerca, che il personale delle Unità Operative farebbe molta fatica a portare avanti nella routine quotidiana, di grande complessità assistenziale ed organizzativa.

La Rianimazione, in particolare è un reparto estremamente complesso e l'osservazione dei pazienti indotti al riposo, accompagnati e costantemente vigilati da infermieri e medici, hanno suscitato l'interesse da parte di una

studentessa, rispetto al tema del dolore. La domanda che si è posta è se nel loro "riposo" forzato, potessero sentire il dolore per ciò che, seppure a scopo esclusivamente benefico, veniva loro inflitto quotidianamente e più volte

al giorno. Da questa semplice osservazione, condivisa con l'equipe infermieristica e medica della Rianimazione e del Dipartimento stesso, è nata questa idea, diventata poi protocollo di ricerca sperimentale, approvato dal Comitato Etico Provinciale e tutt'ora in corso. Durante l'effettuazione del tirocinio, osservando i pazienti, ha potuto constatare che quando gli operatori si avvicina-

no loro per semplici manovre assistenziali, come l'aspirazione bronchiale, il prelievo di sangue, la mobilizzazione su un fianco, il cambio della biancheria del letto, la frequenza respiratoria, la frequenza cardiaca, si modificano.

Supportata da questo dubbio, leggendo qualche dato in letteratura, ha reperito un articolo di Paul L. Marino il quale afferma che il 50% delle persone ricoverate in Terapia Intensiva, ricorda il

dolore come la peggiore esperienza durante la propria permanenza in reparto. Secondo l'International Association for the study of Pain, *"il dolore è tutto ciò che il malato afferma che sia, reale o immaginario"*.





Ma cosa succede quando il malato non può esprimere il proprio dolore, quindi non ha la possibilità di esprimere una legittima richiesta di farmaci antalgici per lenirlo?

L'intero lavoro di questa ricerca è stato pertanto progettato allo scopo di migliorare l'assistenza, garantendo al paziente incosciente, sottoposto a procedure infermieristiche, il trattamento del dolore, evitando di lasciare alla discrezione del singolo operatore la scelta arbitraria ad effettuare tali manovre senza alcuna procedura protocollata.

Un aspetto rilevante da sottolineare che ha costituito il presupposto per questo lavoro è stata l'integrazione tra la ricerca medica e quella infermieristica.

La disponibilità e la collaborazione interprofessionale, hanno permesso di affiancare ad obiettivi più specificatamente infermieristici, obiettivi di pertinenza medica, come quello di mettere a punto un protocollo di terapia antalgica, sperimentata nei pazienti soggetto di studio.

Nei pazienti particolarmente gravi che non sono in grado di comunicare, l'uso di segni surrogati come i parametri fisiologici oppure i comportamenti riflessi come le espressioni facciali, rappresentano una pratica senza fondamento e probabilmente inappropriata (Murray MJ et al, 1994 - Hamill-Ruth RJ et al. 1999), tuttavia l'utilizzo di diverse misure di valutazione del dolore sono essenziali per misurare e valutare con precisione il dolore nei pazienti incoscienti (SIAARTI, 2006). Attualmente in letteratura la scala considerata più affidabile per persone incoscienti o sedate (Payen et al., 2001) è la BPS (Behavioral Pain Scale) che si basa sulla somma di punteggi relativi all'osservazione di 3 specifici comportamenti:

- le espressioni facciali,
- il movimento degli arti superiori,
- la compliance con la ventilazione meccanica.

Ogni sezione prevede un punteggio che varia da 1 a 4, per un punteggio totale possibile compreso fra 3 e 12, dove 3 rappresenta l'assenza di dolore e 12 è il massimo dolore possibile.

In questo studio, gli strumenti utilizzati sono stati riuniti in una griglia contenente per ogni paziente e per ciascuna manovra effettuata la Scala di Valutazione del dolore Behavioral Pain Scale integrata con la rilevazione dei Parametri Fisiologici quali Pressione Arteriosa, la Frequenza Cardiaca, la Frequenza Respiratoria e la Saturazione di Ossigeno ed altri segni di iperattività simpatica come la lacrimazione, la dilatazione pupillare e la sudorazione. Sono inoltre osservati eventuali comportamenti come agitazione, espressione del volto, vocalizzazioni.

La sperimentazione è stata programmata secondo le seguenti modalità. Sono state individuate tre procedure clinico-assistenziali:

- broncoaspirazione,
- emogasanalisi,
- mobilizzazione su un fianco per l'effettuazione delle pratiche igieniche.

Ad ogni paziente arruolato nello studio è stata praticata prima la procedura base senza analgesia e sono stati rilevati i parametri vitali, compresa la scala di rilevazione del dolore, prima, durante e dopo la procedura stessa. In un secondo momento è stata praticata la procedura con analgesia e si è proceduto con la rilevazione di parametri e scala del dolore prima, durante e dopo.

Ad oggi, la ricerca sta continuando, per raggiungere il numero dei pazienti stabilito dal protocollo di ricerca e non è possibile effettuare confronti statistici attendibili. E' però possibile fare qualche osservazione sulla base dei dati finora raccolti: tutti i pazienti, durante le manovre effettuate hanno modificato la curva della Saturazione dell'Ossigeno, così come le risposte del Sistema Nervoso Simpatico sono state evidenti e molto differenti confrontando i dati tra l'assenza e la somministrazione di analgesia.

Il dato più evidente di questo studio è stata la Frequenza Respiratoria che ha registrato in tutti i 10 pazienti finora arruolati, variazioni molto evidenti rispetto all'analgesia applicata, evidentemente

ITEM	DESCRIPTION	SCORE	PARAMETRI	VALORI	SIMPATICO	SI	NO	COMPORAMENTO	SI	NO
Espressione facciale	Distesa/rilassata	1	P.A.		Lacrimazione			Agitazione		
	Parzialmente serrato (abbassamento del sopracciglio)	2	F.C.		Dilatazione pupillare			Espressione del volto		
	Completamente serrato (palpebre chiuse)	3	F.R.		Sudorazione			Vocalizzazione		
	Con smorfia	4	SO ₂							
Movimento dell'arto superiore	Nessun movimento	1	Note _____ _____ _____							
	Parzialmente piegato	2								
	Totamente piegato con flessione delle dita	3								
	Permanentemente retratto	4								
Adattamento alla ventilazione meccanica	Tollerante (adattato) al movimento	1	Note _____ _____ _____							
	Tossendo ma tollerando la ventilazione per più tempo	2								
	Contrasta il ventilatore	3								
	Incapace di controllare la ventilazione	4								
TOTALE										



efficace e lenitiva, rispetto ai dati registrati in assenza della stessa.

La ricerca deve proseguire per trovare sempre maggiori evidenze che dimostrino questa ipotesi e che renda legittimo l'utilizzo dei relativi rimedi, poco costosi, sia in termini di tempo, per gli operatori che li applicano, sia in termini economici, ma che restituiscono dignità alla persona.

Un'altra chiave di lettura per questo progetto di ricerca è sicuramente quella metodologica, ovvero la necessità per la comunità professionale infermieristica di sviluppare l'ambito della ricerca, in quanto soltanto creando un ambiente di pratica professionale in cui gli infermieri utilizzino il pensiero critico per assumere decisioni basate sull'evidenza scientifica, si può garantire al paziente un'elevata qualità assistenziale e la crescita della professione stessa.

SCHEDA DI RILEVAZIONE MANOVRA BASE E SPERIMENTALE			
MANOVRA BASE (SENZA ANALGESIA)	ORA	MANOVRA SPERIMENTALE (CON ANALGESIA)	ORA
EGA	1 2 3	EGA	1 2 3
BRONCO-ASPIRAZIONE	1 2 3	BRONCO-ASPIRAZIONE	1 2 3
MOBILIZZAZIONE	1 2 3	MOBILIZZAZIONE	1 2 3

PER L' EMOGASANALISI:

- somministrazione **Sottocute di Lidocaina al 2% - 10 mg/0,5ml** nella sede individuata per la puntura arteriosa.

PER LA BRONCOASPIRAZIONE:

- somministrazione **Endotracheale di Lidocaina al 2% - 40 mg/2ml.**

PER LA MOBILIZZAZIONE:

- somministrazione in **Bolo E.V. di 1 Fiala/2ml di Fentanyl.**

Periodo: Settembre 2008/Aprile 2009

Numero Pazienti minimo: 20

Manovre infermieristiche oggetto dello studio

- Emogasanalisi
- Broncoaspirazione
- Mobilizzazione sul fianco durante l'igiene ed il cambio delle lenzuola

Criteri di inclusione

- Pazienti ricoverati presso la Rianimazione ASMN di RE
- Pazienti incoscienti
- Intubati
- Pazienti ventilati meccanicamente
- Glasgow Coma Scale < 8
- Qualsiasi fascia di età
- Rilevazione di base del dolore, prima di effettuare la manovra assistenziale
- Adesione allo studio autorizzata dal familiare di riferimento, previa informazione

Criteri di esclusione

- Pazienti con Politrauma
- Pazienti in fase Post - Operatoria
- Per la procedura relativa all'Emogasanalisi, sono esclusi i pazienti con accesso arterioso attraverso agocannula

**Francesca Nunziante,
Angela Saffioti,
Monica Guberti**

Direzione Infermieristica, Tecnica e Ostetrica



DNA CIRCOLANTE

Si tratta di un lavoro caso-controllo non randomizzato monocentrico interdipartimentale, concepito con l'intento di individuare nuovi strumenti di diagnosi precoce della neoplasia polmonare così frequente ed a prognosi spesso infausta. L'obiettivo dello studio era quello di valutare il ruolo diagnostico del DNA circolante nel cancro del polmone, nonché di validare un metodo adeguato e riproducibile per la sua quantificazione.

Il progetto è stato approvato dal comitato etico aziendale, in Marzo 2005, con protocollo n° 7847/2005, ed è iniziato nell'Aprile 2005. Ha coinvolto varie Unità Operative dell'Azienda tra le quali la Chirurgia Toracica, il Laboratorio Chimico-Clinico, la struttura semplice di Biologia Molecolare, la Pneumologia, il Centro Trasfusionale, l'Ufficio di Epidemiologia e Statistica con la collaborazione del Prof. Renzo Lodi dell'Università di Modena e Reggio Emilia. Tutti i pazienti prima del prelievo sono stati adeguatamente informati sulle finalità dello studio ed hanno aderito firmando un consenso informato dettagliato nei particolari dello studio. I dati anamnestici sono stati raccolti in schede ed in un database in cui sono stati inseriti i dati completi per singolo paziente comprendenti l'età, l'abitudine tabagica, le comorbidità, lo stadio patologico della malattia, il tipo di

intervento ed il follow-up. I criteri di inclusione erano la presenza di NSCLC accertato tramite diagnosi citopatologica, l'intervento chirurgico con finalità curative e l'adesione allo studio dopo consenso informato.

I criteri di esclusione erano una progressiva neoplasia, psicosi gravi, assenza di diagnosi certa di NSCLC, assenza di consenso informato. Le provette sono state numerate con codici corrispondenti al codice paziente secretato nelle schede e nel database.

I controlli sono stati selezionati da donatori sani del centro trasfusionale e da volontari ospedalieri, sono stati selezionati per sesso ed età in modo da risultare il più omogenei possibile rispetto ai casi. Il numero inizialmente previsto era di 150 fumatori e 150 non fumatori da arruolare in 3 anni. Anche i controlli sono stati informati sulle finalità dello studio ed hanno partecipato firmando un consenso informato. Sono stati reclutati e sottoposti ad un prelievo venoso per la preparazione del plasma 154 pazienti affetti da cancro al polmone e 79 controlli sani utilizzati come controllo. È stato estratto il DNA libero dal plasma, successivamente quantificato mediante l'utilizzo della Real-Time PCR.

I pazienti sono stati richiamati a 6, 12 e 24 mesi per eseguire un prelievo di controllo e valutare l'andamento del follow-up clinico. Questa fase è servita a correlare l'andamento del DNA circolante nel tempo in rapporto allo stato 'disease free', presenza di recidiva, metastasi o secondo tumore. Sui risultati è stata eseguita un'adeguata analisi statistica. Si è potuto dimostrare che esiste una correlazione tra quantità di DNA circolante e presenza di tumore al polmone, in particolare quantità elevate di DNA circolante indicano un rischio maggiore di essere affetti da cancro al polmone. La concentrazione di DNA circolante non si è rilevata utile nel distinguere pazienti con recidiva anche se sembra possibile dedurre un valore prognostico. L'analisi statistica delle variabili indipendenti età, sesso, fumo, stadio, grading ed istotipo è risultata significativa soltanto per le prime due variabili. Lo studio del DNA nel plasma può aprire nuove strade per la ricerca traslazionale e nuove strategie per identificare cambiamenti genetici potenzialmente predittivi.

Il lavoro è stato pubblicato su una prestigiosa rivista scientifica internazionale ed ha suscitato interesse già nella fase di pre-pubblicazione tanto che gli estratti del lavoro sono stati richiesti anticipatamente da colleghi italiani ed europei.



Massimiliano Paci
Chirurgia Toracica



LO SVILUPPO INIZIA QUI: BREVE CRONACA DI UN CONVEGNO NAZIONALE

Anno dopo anno si consolida la tradizione promossa dalla Direzione Infermieristica, Tecnica e Ostetrica, di dare evidenza e valore all'agire dei professionisti attraverso iniziative convegnistiche. Il percorso nasce nel 2005 con il Convegno Aziendale *"Persona e Organizzazione: esperienze di un rapporto possibile"* che ha visto coinvolti circa 250 operatori delle diverse professioni sanitarie.

Continua nel 2007 con il Convegno Interaziendale *"Nel problema c'è la soluzione: continuità assistenziale ospedale e territorio"*, a cui hanno partecipato circa 300 operatori (ASMN, AUSL, Aziende Ospedaliere e AUSL di Parma e Modena, Studenti CdL in Infermieristica dell'Università di Modena e Reggio Emilia, sede di Reggio Emilia).





E veniamo al più recente 2008 con il Convegno Nazionale *“Lo sviluppo inizia qui: assistenza, ricerca e didattica nelle professioni sanitarie”*, che ha visto presenti nell’Auditorium del Centro Internazionale Loris Malaguzzi, circa 400 persone provenienti dalle realtà sanitarie reggiane e da realtà nazionali, con una rilevante partecipazione degli studenti dei CdL in Infermieristica, Ostetricia, Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia, Fisioterapia dell’Università di Modena e Reggio Emilia, sedi di Reggio e Modena.

L’organizzazione del Convegno ha visto una stretta collaborazione fra ASMN e AUSL ed è stata sostenuta dal Patrocinio della Provincia e del Comune di Reggio Emilia, dalla Federazione Nazionale IPASVI, dalla Federazione Nazionale Ostetriche, dalla Federazione Nazionale Collegi Professionali Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e dall’Associazione Nazionale Fisioterapisti.

Il gradimento espresso dai partecipanti è stato partico-

larmente positivo, e questo ha sostenuto il grande impegno degli organizzatori, dei relatori, dei moderatori e di coloro che con interesse e passione hanno ascoltato il succedersi dei diversi interventi nel corso delle due giornate.

L’immagine/logo del Convegno raffigura dei sassi impilati. Un misto di solidità e sviluppo, ma anche incertezza, o perlomeno, ricerca di un equilibrio che richiede conoscenza, abilità e coraggio.

Il Convegno che ha avuto inizio coi i saluti del Dott. Ivan Trenti, della Dr.ssa Mariella Martini, del Prof. Luigi Grasselli, del Dr. Salvatore De Franco, si è sviluppato attraverso il succedersi di relazioni che hanno posto l’attenzione verso gli elementi cardine: assistenza, ricerca e didattica.

Nonostante la differenziazione “artificiosa” in sessioni differenziate, questi elementi si sono rivelati da subito assolutamente complementari e necessariamente integrati e integrabili.

Il panorama professionale è stato arricchito dal contributo dei volontari Clown dell’Ospedale di Reggio e





dell'Ospedale di Montecchio che, coerenti con il loro messaggio creativo e positivo, hanno coinvolto i partecipanti in una divertente e toccante performance all'insegna del sorriso.

Un importante messaggio che la clownterapia ci offre per comprendere come il buonumore e la voglia di vivere siano atteggiamenti fondamentali nell'iter di cura e guarigione.

Di particolare valore è stata la sessione poster rivolta ai professionisti delle professioni sanitarie provenienti da realtà sanitarie nazionali e agli studenti dei CdL in Infermieristica, Ostetrica, Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia, Fisioterapia, dell'Università di Modena e Reggio Emilia, sedi di Reggio e Modena.

Fra tutti i poster pervenuti, due specifiche commissioni

valutatrici, hanno individuato i tre poster vincitori per la sessione professionisti e i tre poster vincitori per la sessione studenti.

I poster vincitori sono stati presentati al pubblico e sono stati premiati.

L'apprezzamento e il calore del pubblico ha sottolineato l'impegno e il valore dei vincitori.

Gli abstract delle relazioni, le slides presentate, nonché gli abstract dei poster presentati e dei poster vincitori, sono disponibili sul sito internet www.asmn.re.it seguendo il percorso:

- > Home page
- > Organizzazione
- > Strutture Area Sanitaria
- > Direzione Infermieristica Tecnica ed Ostetrica
- > Convegni e seminari.

Il prossimo appuntamento sarà nel 2010. E' troppo presto per svelare la sorpresa.

**Marina Iemmi
Marzia Prandi**

Direzione Infermieristica, Tecnica e Ostetrica

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unita Sanitaria Locale di Reggio Emilia

Convegno Nazionale
**"LO SVILUPPO INIZIA QUI:
ASSISTENZA, RICERCA, DIDATTICA NELLE PROFESSIONI SANITARIE"**
Reggio Emilia, 11 e 12 Dicembre 2008

Si assegna a
Silvia Mambelli
1° PREMIO DELLA SEZIONE PROFESSIONISTI

per il Poster
"L'unità di valutazione multidimensionale a garanzia della continuità assistenziale nella presa in carico dei pazienti nei percorsi di cura"

Direzione Infermieristica Tecnica e Ostetrica Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova Marina Iemmi
Direzione Infermieristica Tecnica e Ostetrica Azienda Unita Sanitaria Locale di Reggio Emilia Elvira Ganassi

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unita Sanitaria Locale di Reggio Emilia

Convegno Nazionale
**"LO SVILUPPO INIZIA QUI:
ASSISTENZA, RICERCA, DIDATTICA NELLE PROFESSIONI SANITARIE"**
Reggio Emilia, 11 e 12 Dicembre 2008

Si assegna a
Valentina Brogli
1° PREMIO DELLA SEZIONE STUDENTI

per il Poster
"Recupero dell'arto superiore nel paziente emiplegico attraverso l'attivazione dei neuroni mirror"

Direzione Infermieristica Tecnica e Ostetrica Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova Marina Iemmi
Direzione Infermieristica Tecnica e Ostetrica Azienda Unita Sanitaria Locale di Reggio Emilia Elvira Ganassi



IL GIORNALE DI ORTOGERIATRIA

L'ortogeriatra è un approccio complessivo al paziente anziano fratturato ma è anche un modello assistenziale innovativo che comporta un profondo cambiamento nell'attività quotidiana di tutti gli operatori coinvolti.

Proprio per supportare e stimolare questo sforzo, e nello stesso tempo diffondere in modo rapido le informazioni all'interno del gruppo, alcuni operatori dell'ortogeriatra dell'ASMN hanno dato vita alcuni mesi fa al Giornale di Ortogeriatra.



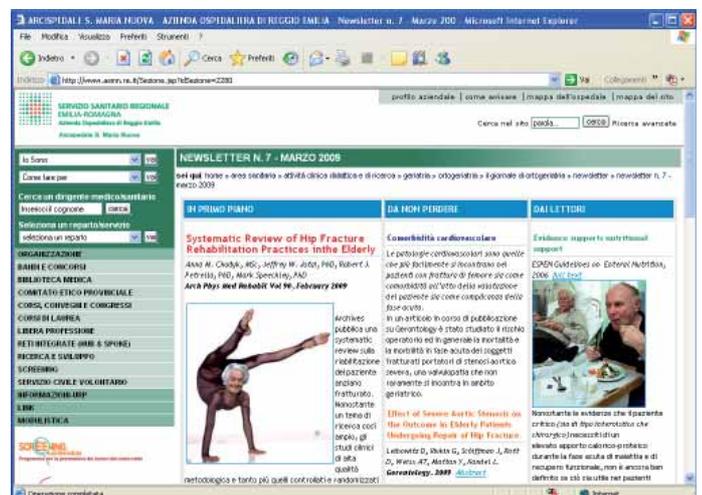
Si tratta principalmente di newsletter in cui vengono segnalate le notizie ed i dati più significativi della letteratura mano a mano che vengono prodotti in ambito scientifico. Il giornale è organizzato come una pagina web suddivisa in tre parti:

- un articolo in primo piano dedicato alla pubblicazione più rilevante comparsa in ambito ortogeriatrico nell'ultimo mese,
- una seconda sezione che mette in evidenza altri articoli recenti spesso unificati da un filo conduttore unico,
- una terza parte aperta al contributo dei lettori che pubblica commenti, recensioni, editoriali ed anche dati originali inviati alla redazione.

I temi trattati rispecchiano il carattere multiprofessionale ed interdisciplinare della ortogeriatra per cui, oltre ad argomenti tipicamente clinici, si spazia ad ampio raggio dalle tecniche chirurgiche agli aspetti riabilitativi ai problemi infermieristici ed assistenziali. Una particolare attenzione è inoltre posta ai modelli organizzativi, alle esperienze sviluppate in altri paesi ed ai dati di costo-efficacia. Dopo un inizio di breve durata caratterizzato da una diffusione locale, il giornale, arrivato in febbraio al numero 6, è rapidamente evoluto. Dapprima è divenuto uno strumento di collegamento tra i diversi centri ortogeriatrici regionali e successivamente si è aperto alle iscrizioni fuori regione. Attualmente chiunque può iscriversi alla mailing list tramite la compilazione di un breve form e ricevere in ritorno l'invio automatico della newsletter oltre ad una password che consente di visionare l'archivio del giornale ed i supplementi. In dicembre sono

state ad esempio pubblicate le relazioni della sessione dedicata all'ortogeriatra del congresso Nazionale della SIGG ed anche nel futuro il giornale si propone di seguire le varie manifestazioni dedicate all'argomento che saranno via via organizzate.

Ad oggi sono iscritti alla mailing list oltre 200 lettori, più di un terzo dei quali al di fuori dell'azienda, residenti un po' in tutta Italia. I medici iscritti sono ancora la maggioranza ma la quota di altri professionisti (*in particolare infermieri e fisioterapisti*) è in crescita e raggiunge circa il 40%. Tra i medici sono presenti soprattutto geriatri, ortopedici, fisiatristi ed anestesisti ma anche esperti di organizzazione. In questo momento il giornale si sta ponendo un obiettivo ancora più ambizioso come quello di divenire uno stimolo ed un utile strumento per la creazione di una rete fra tutti i centri italiani di ortogeriatra. Negli ultimi anni infatti numerosi ospedali hanno sviluppato progetti di intervento multidisciplinare sul malato anziano fratturato, ma spesso diversi fra loro e senza sicura evidenza di efficacia. Da più parti viene espressa una richiesta di confronto per migliorare i vari modelli ed in definitiva i risultati. Il giornale di Ortogeriatra può senz'altro rappresentare una sede adeguata per questo confronto. Deve infine essere sottolineato che il giornale è totalmente indipendente e privo di sponsor e richiede che ogni contributo sia accompagnato dalle "financial disclosures" degli autori che sono pubblicate assieme al contributo specifico.



Giulio Pioli

per il Gruppo Multidisciplinare di Ortogeriatra

DAI VOCE ALLA VITA



**DONARE GLI ORGANI
UNA SCELTA CONSAPEVOLE**

Numero Verde
800-033033
Servizio sanitario regionale

www.saluter.it/trapianti