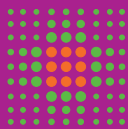


n. 1/2

Notizie

Gennaio 2009

Arcispedale Santa Maria Nuova



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Arcispedale S. 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. 1/2
"Poste Italiane s.p.a. - Spedizioni in abbonamento postale - 70% - DBC Reggio Emilia"

L'ARCISPEDALE NELLA CITTÀ

ORTOGERIATRIA: UN MODELLO
DI CURA INNOVATIVO PER RIDURRE
L'IMPATTO DELLA FRATTURA DI FEMORE
NELL'ANZIANO FRAGILE

L'ATTIVITÀ DELLA NEUROCHIRURGIA
DI URGENZA AL S. MARIA NUOVA

STUDIO E IMPLEMENTAZIONE DI UNA
STRATEGIA PER LA PREVENZIONE DELLE
LESIONI DA PRESSIONE IN UGA
(UNITÀ GERIATRICA PER ACUTI)

INSERTO
L'EDIFICIO SPALLANZANI
INTERVENTI PER LA MOBILITÀ SOSTENIBILE
NUOVE TECNOLOGIE

IL MASCHILE E IL FEMMINILE IN
ONCO-EMATOLOGIA: STORIE DI VITA,
VISSUTI E PROGETTI A CONFRONTO

CHANGING THE WAY WE CARE FOR
DIABETES

RILEVAZIONE SULL'UTILIZZO DEL SERVIZIO
DI MEDIAZIONE LINGUISTICO CULTURALE
E SUI BISOGNI FORMATIVI DEGLI
OPERATORI

INSIEME SI VINCE

RICONOSCIMENTO SCIENTIFICO
SULL'IPOACUSIA IMPROVISA (SHI)

LA FORMAZIONE UNIVERSITARIA
TRIONFA AL CONGRESSO!

LE ABILITÀ RELAZIONALI NELLA RELAZIONE
D'AIUTO E NELLA RELAZIONE
TRA I PROFESSIONISTI



SOMMARIO

Direzione Generale

3 **L'arcispedale nella città**

Dipartimento Neuro-Motorio

4 **Ortogeriatría: un modello di cura innovativo per ridurre l'impatto della frattura di femore nell'anziano fragile**

Dipartimento Neuro-Motorio

7 **L'attività della Neurochirurgia di Urgenza al S. Maria Nuova**

Dipartimento Neuro-Motorio

10 **Studio e implementazione di una strategia per la prevenzione delle lesioni da pressione in UGA (Unità Geriatrica per Acuti)**

INSERTO

L'edificio Spallanzani Interventi per la mobilità sostenibile Nuove Tecnologie

La Voce delle Associazioni

15 **Il maschile e il femminile in Onco-Ematologia: storie di vita, vissuti e progetti a confronto**

Dipartimento Medicina Interna e Specialità Mediche

16 **Changing the way we care for diabetes**

Direzione Medica di Presidio

18 **Rilevazione sull'utilizzo del Servizio di Mediazione Linguistico Culturale e sui bisogni formativi degli operatori**

Servizio Formazione, Innovazione Clinica e Biblioteca

Direzione Infermieristica, Tecnica ed Ostetrica

21 **Insieme si vince**

Servizio Immunoematologia e TrASFusionale

22 **Riconoscimento scientifico sull'ipoacusia improvvisa (SHL)**

Direzione Infermieristica, Tecnica ed Ostetrica

23 **"La formazione universitaria trionfa al Congresso!"**

Direzione Infermieristica, Tecnica ed Ostetrica

Dipartimento Medicina di Laboratorio

25 **Le abilità relazionali nella relazione d'aiuto e nella relazione tra i professionisti**

NOTIZIE

PERIODICO BIMESTRALE DELL'ARCISPEDALE S. MARIA NUOVA DI REGGIO EMILIA

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

ANNO XIV - 2009 - N. 1/2

"Poste Italiane s.p.a. - Spedizioni in abbonamento postale - 70% - DBC Reggio Emilia"

DIRETTORE RESPONSABILE

Lidia Scalabrini

HANNO COLLABORATO A QUESTO NUMERO:

Antonio Arcopinto

Cristiana Caffarri

Roberto Caroli

Loredana Cerullo

Massimiliano Contesini

Maria Luisa Davoli

Salvatore De Franco

Marco Ganassi

Reza Ghadirpour

Monica Grimaldi

Stefania Gualandri

Corrado Iaccarino

Marina Lemmi

Cinzia Iotti

Salvatore Ippolito

Enrica Manicardi

Giampiero Mantenuto

Elisa Mazzini

Franco Nicoli

Marzia Prandi

Antonio Romano

Gianpaolo Russi

Alessia Salsi

Paolo Santini

Franco Servadei

Carla Tromellini

Orietta Vecchi

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

GRAFICA E STAMPA

Nerocolore · Correggio (RE)



L'ARCISPEDALE NELLA CITTÀ



2 Dicembre 2008 - Il sindaco Graziano Delrio in visita al S. Maria Nuova per conoscere da vicino le nuove tecnologie

L'anno 2008 appena concluso ha visto compiere diverse tappe significative per la vita dell'Arcispedale che continua nel suo percorso di crescita e sviluppo tecnologico e strutturale, senza perdere di vista l'integrazione con l'area nella quale si trova, le esigenze della città nella quale è inserito e, non ultimi, gli standard di accoglienza dovuti a pazienti e familiari oltre che a tutti i dipendenti. Con questo intento ha preso avvio, lo scorso Febbraio, il Progetto di Riqualificazione dell'area ospedaliera frutto dell'Accordo di Programma tra Azienda Ospedaliera e Comune di Reggio Emilia ed è proseguita la riqualificazione dell'edificio Spallanzani. Le pagine centrali di questo numero di Notizie propongono una sintesi di quanto realizzato. Il miglioramento della viabilità e della qualità ambientale sono state le priorità che hanno ispirato la complessiva riorganizzazione di diverse zone interne ed esterne al Santa Maria Nuova. Nuove misure per la facilitazione dell'accesso alle strutture da parte di pedoni e mezzi pubblici, la creazione di barriere antirumore, la regolamentazione della sosta sono alcuni tra gli interventi realizzati. A complemento vi è stata la attivazione di fermate della nuova Linea H del Minibù all'interno dell'area ospedaliera, la creazione di un deposito protetto per le biciclette e la predisposizione di una postazione di Bike Sharing nella quale noleggiarle. Tutto ciò rappresenta un incentivo all'utilizzo di mezzi alternativi all'auto con conseguenti

benefici per un'area che riveste importanza cruciale per la città. Ulteriori posti auto per i dipendenti sono stati allestiti nel parcheggio retrostante l'edificio ospedaliero e numerosi altri verranno resi disponibili, per l'utenza, nel tratto finale del Viale Murri. Prosegue, intanto, con soddisfazione, la valorizzazione dello Spallanzani attraverso il progressivo completamento della sua riqualificazione. Lo storico edificio, patrimonio dell'Azienda e della città di Reggio Emilia, che ospita dal Giugno 2007 molta parte dei servizi amministrativi della Azienda, ha visto la ottimale destinazione di ulteriori trecento metri quadri al piano rialzato con la inaugurazione, lo scorso 11 Novembre, del Laboratorio Analisi del Movimento e dei nuovi locali del Corso di Laurea in Fisioterapia ed il trasferimento del Servizio Prevenzione e Protezione dell'Azienda, del Medico Competente e delle Assistenti Sanitarie. L'arrivo, rispettivamente presso la struttura di Radiologia e di Radioterapia, delle prestigiose apparecchiature RMN 1,5 Tesla e IORT (Intra-Operative Radiation Therapy), quest'ultima assegnata alla nostra Azienda nell'ambito del programma regionale per l'innovazione tecnologica, accrescono ulteriormente le nostre potenzialità diagnostiche e terapeutiche.

Ivan Trenti

Direttore Generale



ORTOGERIATRIA: UN MODELLO DI CURA INNOVATIVO PER RIDURRE L'IMPATTO DELLA FRATTURA DI FEMORE NELL'ANZIANO FRAGILE

La frattura di femore rappresenta una delle cause più importanti di incremento di mortalità e di perdita di autosufficienza nell'anziano. A seconda delle casistiche la mortalità a 30 gg è di circa il 10%, a 6 mesi del 20% e a 12 mesi può superare il 30%. Un eccesso di mortalità è segnalato anche oltre 2 anni dall'evento.

Circa il 20% dei pazienti sviluppa complicanze mediche nel post-operatorio, in particolare di tipo cardiaco e polmonare, ma spesso multiple. Ciò comporta in genere un allungamento dei tempi di degenza, mentre elevata è la percentuale di reingressi, soprattutto nei dimessi a domicilio.

A un anno il recupero delle condizioni pre-esistenti viene raggiunto, a seconda dei vari gruppi studiati, in poco più del 40% mentre il 20-25%, a causa di invalidità permanente, va incontro a istituzionalizzazione definitiva.

Le risorse necessarie alla gestione sanitaria e assistenziale sono pertanto elevatissime e con l'invecchiamento della popolazione il problema è destinato a crescere ulteriormente.

L'età media dei pazienti che accedono ai reparti di Ortopedia per frattura di femore è infatti in progressivo aumento; nel contempo l'impatto sulla sopravvivenza e

sull'autonomia è peggiore tanto più è avanzata l'età e la comorbidità.

Così, mentre la mortalità nei pazienti anziani affetti da altre patologie come l'infarto e l'ictus si è progressivamente ridotta, la mortalità per frattura di femore non è migliorata negli ultimi 40 anni e in alcune casistiche continua a peggiorare, a dispetto del continuo miglioramento delle tecniche chirurgiche e anestesologiche. Nel tentativo di invertire questo trend, nell'ultimo decennio in tutto il mondo si sono sviluppati modelli di cura specifici per la gestione della frattura di femore nell'anziano, che prevedono l'integrazione delle competenze ortopediche con quelle geriatriche. Alcuni sistemi sanitari, come quello inglese, prevedono già che in ogni ospedale per acuti debba essere presente almeno un centro dedicato di Ortogeriatría, in stretta relazione con un servizio di prevenzione delle fratture e delle cadute. Le modalità organizzative finora realiz-



zate sono diverse (consulenza geriatrica senza presa in carico del paziente, presenza quotidiana del geriatra in Ortopedia con presa in carico del paziente per quanto di sua competenza già dall'ingresso, intervento dell'ortopedico sui pazienti fratturati ricoverati sin dall'inizio in



ORTOGERIATRIA: UN MODELLO DI CURA INNOVATIVO PER RIDURRE L'IMPATTO DELLA FRATTURA DI FEMORE NELL'ANZIANO FRAGILE



Geriatria, trasferimento precoce del paziente dopo l'intervento dall'Ortopedia in unità di post-acuzie riabilitativa a gestione geriatrica). Nel nostro contesto un gruppo di lavoro multidisciplinare, attivo da alcuni anni, aveva già proposto un modello che prevede la presenza quotidiana del geriatra in Ortopedia, con la contemporanea presa in

carico del paziente, ognuno per le proprie competenze specifiche, dall'ortopedico e dal geriatra, con l'integrazione nel team di cura dell'anestesista, del riabilitatore e dell'assistente sociale, oltre a ulteriori professionalità quando ritenuto necessario (es. dietista). L'approvazione nell'ambito del **"Programma di Ricerca Regione-Università 2007-2008"** del progetto **"Ortogeriatria: modelli per la gestione clinica integrata e per la continuità assistenziale degli anziani con frattura del femore"**, uno studio multicentrico che prevede il confronto fra diversi modelli organizzativi in ambito regionale e di cui il nostro gruppo è responsabile per la gestione e l'analisi dei dati, ha consentito di dare inizio a questo percorso a partire dal marzo di quest'anno. Da allora tutti i pazienti ultrasettantacinquenni ricoverati con frattura del femore prossimale vengono valutati entro 24 ore dall'ingresso dal geriatra che è sempre presente al mattino.

I punti chiave del percorso, in accordo con le più recenti e autorevoli linee guida, prevedono:

- rapido transito dal Pronto Soccorso al reparto di Ortopedia;
- tempestivo inquadramento multiprofessionale (geriatrico, ortopedico e anestesiologicalo);
- intervento chirurgico entro 48 ore;



- intervento tecnicamente mirato alla rapida mobilizzazione;
- mobilizzazione precoce, in prima giornata postoperatoria
- riabilitazione multidisciplinare precoce;
- precoce pianificazione della dimissione;
- prevenzione secondaria delle fratture (terapia dell'osteoporosi e prevenzione delle cadute).

La realizzazione di questi punti nella già complessa organizzazione dell'Unità operativa di Ortopedia ha comportato un notevole impegno di riorganizzazione del lavoro e delle competenze, reso possibile solo dalla forte motivazione e dalla quotidiana disponibilità al cambiamento di tutti gli operatori.

Per velocizzare l'accesso in sala operatoria, già a partire dal PS ortopedico vengono raccolti tutti gli esami necessari per l'intervento. In reparto vengono completate le indagini mediante un nuovo profilo di laboratorio appositamente creato per la valutazione internistica specifica e viene effettuata la valutazione multidimensionale geriatrica che indaga, mediante test specifici, l'autonomia preesistente alla caduta, lo stato cognitivo, il tono dell'umore, le comorbidità, la causa di caduta e di frattura, la stabilità del quadro clinico, nonché la situazione socio-assistenziale e gli eventuali problemi alla dimissione. In questa fase l'obiettivo principale del geriatra è contribuire a rimuovere eventuali problemi internistici che ritardino l'accesso alla sala operatoria e non può prescindere dall'integrazione con il lavoro dell'ortopedico, dell'anestesista e dell'equipe infermieristica.

Nel post-operatorio di particolare impatto sulla organizzazione del reparto ha avuto la mobilizzazione precoce e l'inizio della deambulazione, che salvo specifiche controindicazioni, avviene ora in prima giornata post-intervento.

Ciò richiede una adeguata preparazione del paziente volta soprattutto al controllo del dolore, dell'ipotensione ortostatica e della paura di cadere ed ha comportato una ridefinizione delle modalità di valutazione post-operatoria da parte dell'ortopedico per la concessione del carico e della valutazione fisiatrica, nonché una diversa modalità di lavoro dei terapisti della riabilitazione e dell'equipe infermieristica.

Al rientro dal Room il paziente prosegue la riabilitazione per stabilizzare la deambulazione e recuperare l'autonomia nell'igiene personale e nell'uso dei servizi, un'attività che coinvolge sia il fisioterapista che il personale infermieristico e OSS e comprende l'educazione del



ORTOGERIATRIA: UN MODELLO DI CURA INNOVATIVO PER RIDURRE L'IMPATTO DELLA FRATTURA DI FEMORE NELL'ANZIANO FRAGILE



caregiver per facilitare il rientro a domicilio. Contemporaneamente, insieme al fisiatra, all'infermiere dedicato, nonché all'assistente sociale per i casi più complessi, viene confermata la modalità di dimissione e vengono prescritti gli ausili del caso.

I principali aspetti del percorso di cura sono supportati da specifici protocolli (terapia antalgica, ottimizzazione dello stato nutrizionale, gestione del delirium, prevenzione dei decubiti, gestione del catetere vescicale, ossigenoterapia postoperatoria, ricoagulazione ecc., riabilitazione) alcuni già in atto e altri in corso di formazione.

Nel complesso le novità introdotte hanno modificato significativamente l'attività di nursing e ciò ha richiesto anche un'adeguamento della dotazione dei presidi (sollevatori, cubi, carrozzine, materassi antidecubito ecc.). Anche la lettera di dimissione riflette il lavoro multidisciplinare svolto sul paziente.

Alla relazione dell'ortopedico è infatti allegata anche la relazione del geriatra sugli aspetti di sua competenza, nonché la relazione infermieristica e del fisioterapista. Dopo la dimissione, oltre ai controlli ortopedici già pre-

visti, tutti i pazienti vengono richiamati telefonicamente dopo 3, 6 e 12 mesi per verificare la mortalità, lo stato funzionale e la collocazione.

Tutti i dati sono inseriti in un database appositamente creato per l'attività di audit. Una analisi preliminare dei dati dei primi 6 mesi di attività ha evidenziato, tra l'altro, una riduzione dei tempi di attesa preoperatoria (in media 2,5 vs 4.9 giorni del corrispondente periodo del 2007), una elevata percentuale di pazienti in grado di deambulare in 2° giornata (62% vs 0, non essendo previsto in precedenza) e una riduzione dei tempi di degenza media (14 vs 18.1 giorni).

Elevato sembra anche il gradimento dei clienti nel corso dei contatti telefonici.

I primi risultati, seppure siano necessari ulteriori miglioramenti di tipo clinico e organizzativo, con particolare riguardo alla disponibilità delle sale operatorie, rafforza la convinzione che, **lavorando insieme, possiamo migliorare gli outcome in questi pazienti.**

Occorre infine sottolineare che, come per ogni processo di miglioramento, anche in questo caso è stato necessario un grosso **impegno informativo e formativo** che ha coinvolto tutte le professionalità, sia in incontri dedicati che interdisciplinari costituiti da lezioni seminariali e da un percorso continuo di formazione sul campo, al fine di diffondere a tutto il personale le informazioni necessarie, mettere a punto i vari protocolli di intervento e discutere passo per passo le criticità emergenti.

E' nata poi l'esigenza di condividere le evidenze scientifiche, le esperienze, le criticità anche con altri gruppi che lavorano in questo campo, in particolare con i centri che partecipano al progetto di ricerca regionale ma anche con altri centri nazionali.

Grazie al supporto dell'Ufficio Comunicazione ha già mosso i primi passi **"Il giornale di Orto geriatria"** una newsletter quindicinale on-line per la segnalazione tempestiva della bibliografia più significativa sull'argomento e la condivisione di esperienze tra i lettori.

Inoltre con il supporto del Servizio Formazione, Innovazione Clinica e Biblioteca è ormai ultimata la progettazione e organizzazione di un **programma annuale di formazione a distanza per il 2009** con il Centro E-learning della Università di Modena e Reggio Emilia, un modo innovativo per rendere più efficiente ed ecologica l'attività formativa.

Maria Luisa Davoli

per il Gruppo Multidisciplinare di Orto geriatria



L'ATTIVITÀ DELLA NEUROCHIRURGIA DI URGENZA AL S. MARIA NUOVA



Immagine del campo operatorio per agobiospia

L'attività Neurochirurgica è iniziata al S. Maria Nuova nel 2002 come sede "staccata" della Neurochirurgia di Parma. Fin dallo inizio tale attività si è caratterizzata per una immediata risposta alle emergenze Neurochirurgiche, in particolare della traumatologia cranica e per una attività di elezione limitata ad alcune patologie ben definite.

Nel 2006 la Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma con la Regione Emilia Romagna ha creato una nuova Unità Operativa di Neurochirurgia a Parma con il compito specifico di potenziare ed in alcuni casi costruire rapporti di Hub and Spoke allo interno della area vasta Emilia Nord. Il primo compito dallo inizio del 2007 è stato il miglioramento organizzativo ed il potenziamento della attività Neurochirurgica presso lo Spoke di Reggio Emilia.

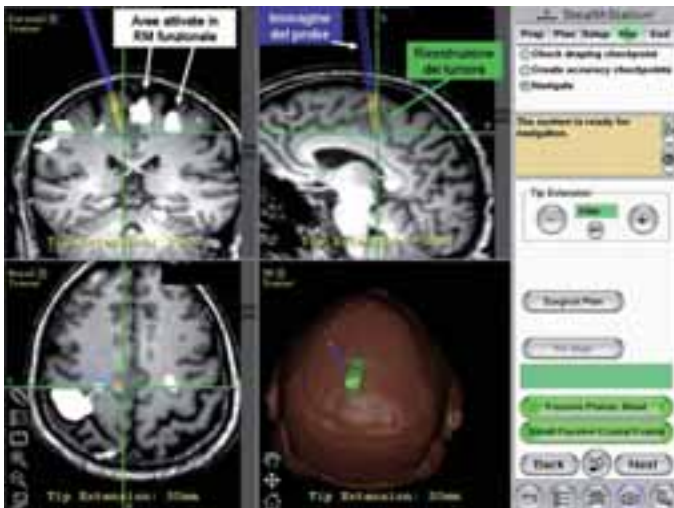
La organizzazione della attività Neurochirurgica a Reg-

gio Emilia non prevede dotazione di letti dedicati se non per la sola quota di attività che comprende la patologia spinale degenerativa (ernie discali, stenosi lombari etc). Per la attività di chirurgia cranica (ematomi, neoplasie, malformazioni etc) il paziente viene ricoverato presso il Reparto di Neurologia e nella fase post operatoria in Terapia intensiva. Poichè si tratta di numeri significativi (almeno 200 casi/anno) occorre una grande sinergia fra più specialisti per gestire in sicurezza questa patologia. Approfittiamo di questo articolo per ringraziare i colleghi Neurologi, ortopedici, rianimatori e della medicina di Urgenza che hanno consentito il buon funzionamento di questo modello sicuramente anomalo sul piano nazionale.

Per quanto attiene alla gestione delle emergenze anche attraverso una modifica della convenzione attualmente l'attività è organizzata:

- 1) presenza di due Neurochirurghi al SMN ogni giorno di cui almeno uno resta sino alle 18,
- 2) due ambulatori neurochirurgici alla settimana per una offerta complessiva di circa 36 visite settimanali,
- 3) tre sedute operatorie di elezione/settimana,
- 4) integrazione attraverso la telemedicina con lo Hub di Parma che consente 24/24 ore il trattamento della patologia Neurochirurgica al SMN.

Tutte le urgenze Neurochirurgiche vengono gestite a Reggio eccetto: patologia vascolare malformativa che



Rimozione navigazione funzionale

richiederebbe la disponibilità di angiografia interventzionistica 24 ore /24 e alcuni tipi complessi di traumatologia spinale. Per quanto concerne la patologia vascolare malformativa è in atto una collaborazione con la Neuroradiologia di Parma che in un rapporto di Hub and Spoke consente la formazione di medici neuroradiologi di Reggio a Parma.

Le innovazioni chirurgiche e tecnologiche più importanti degli ultimi mesi sono state:

1) la introduzione della neuronavigazione.

La neuronavigazione è una tecnologia di ultima generazione che consente al neurochirurgo di controllare in tempo reale i movimenti dei propri strumenti all'interno del campo chirurgico, potendo vedere sul monitor di un computer, il neuronavigatore, il modello tridimensionale del paziente. Così come nel visore del navigatore degli autoveicoli è visibile la posizione in relazione ad una mappa geografica precedentemente memorizzata, nel neuronavigatore è possibile, in sala operatoria, vedere lo strumento chirurgico che si sta utilizzando, in relazione alle immagini di TAC, RMN od altro studio neurodiagnostico del paziente che in quel momento si sta sottoponendo all'intervento neurochirurgico. Il neuronavigatore si compone di un potente computer con dedicati softwares con algoritmi avanzati per l'elaborazione di immagini, grazie ai quali è possibile immettere tutti i principali studi di immagine che il paziente ha eseguito precedentemente. Una volta immessi nel computer la TAC, la RM, sia morfologica che funzionale, la PET, la SPECT, si possono fondere tra loro e ricostruire il tutto in un modello tridimensionale che rappresenta il modello virtuale del paziente

Nel caso ad esempio di una rimozione di tumore in-

tracerebrale la tecnica microchirurgica è praticamente immodificata, soltanto che con l'ausilio del neuronavigatore man mano che si procede è possibile sempre controllare in tempo reale la posizione degli strumenti, visibili virtualmente nel monitor, in relazione allo approccio chirurgico. Nel caso dell'agobiopsia invece la neuronavigazione ha consentito una radicale modifica della tecnica in quanto è possibile controllare l'esatto punto dove viene prelevato il tessuto da analizzare. Questo dato integrato con le nuove metodiche di studio di immagini funzionali come la PET o la Risonanza di perfusione consente ad esempio di prelevare le zone dove si ipotizza la presenza di tessuto con elevata attività patologica con maggiore attendibilità diagnostica e soprattutto prognostica.

La neuronavigazione è già stata utilizzata a Reggio Emilia in 25 casi di neoplasie cerebrali, sempre con ottimi risultati. Questi pazienti sono stati poi seguiti in modo multidisciplinare dal gruppo di neuro-oncologia (costituito da neurologi, neuroradiologi, anatomo patologi, radioterapisti, oncologi, medici nucleari, neurochirurghi).

2) I Monitoraggi in Sala Operatoria. A Reggio Emilia è attiva da anni una sezione di neurofisiologia della UO di Neurologia. Le moderne tecniche neurochirurgiche prevedono lo utilizzo in Sala Operatoria di monitoraggi neurofisiologici sofisticati che consentono di modificare la tecnica chirurgica in base ai valori dei potenziali evocati motorii e sensitivi preservando la funzione neurologica nel post operatorio. Approfittando delle conoscenze neurofisiologiche già presenti, abbiamo usato i monitoraggi intraoperatorii in 12 casi di neoplasie spinali ed in un caso di neoplasia cerebrale. In due casi di neoplasia spinale il monitoraggio è stato fondamentale indicando il momento della sospensione della asportazione per evitare danni midollari.

3) Estensione dello uso della Neuroendoscopia. Dapprima appannaggio esclusivo del trattamento di forme selezionate di **idrocefalo**, solo negli ultimi anni l'endoscopia è stata impiegata per interventi sul sistema ventricolare, parenchimale, sul basicranio oltre che sul rachide e nervi periferici il trattamento dell'idrocefalo è sicuramente il campo di applicazione più ampio della neuroendoscopia.

La terzoventricolostomia (by pass interno tra terzo ventricolo e cisterne della base) viene praticata in tutte le forme di idrocefalo di tipo ostruttivo e consente in molti casi di evitare la inserzione di derivazioni sottocutanee fra i ventricoli e l'addome.

Cisti aracnoidee e paraventricolari: la regione ventricolare può essere sede di una grande

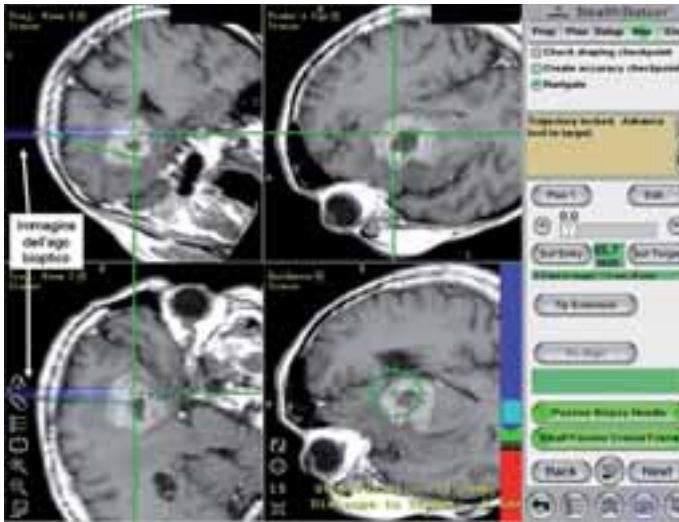


Immagine intraoperatoria del monitor del neuronavigatore per l'agobiopsia intracerebrale

varietà di cisti liquorali, generalmente di natura malformativa.

Quando tali cisti si accrescono e divengono sintomatiche (per l'effetto massa e l'idrocefalo secondario) l'endoscopio permette la fenestrazione di tali cisti con il sistema ventricolo-cisternale.

Tumori ventricolari: in primo luogo l'endoscopio permette sotto controllo visivo la biopsia di lesioni ventricolari annullando il rischio di sanguinamento che può essere appannaggio delle biopsie per via stereotassica.

Quando la lesione è di piccole dimensioni o in gran parte cistica se ne può anche effettuare una rimozione totale con intera tecnica endoscopica

Patologia sellare, parasellare, basicranio anteriore (adenomi ipofisari, craniofaringiomi...): l'approccio endoscopico endonasale effettuato grazie al prezioso contributo dei Colleghi Otorinolaringoiatri permette di raggiungere la regione del seno sfenoidale, sellare, del planum etmoidale e clivale senza alcuna incisione cutaneo/gengivale con un approccio sicuramente meno invasivo e traumatizzante rispetto non solo alle tecniche transcraniche, ma anche microchirurgiche tradizionali transnasali.

Abbiamo costituito a Reggio un gruppo di lavoro multidisciplinare assieme ai colleghi Otorino ed ai colleghi Endocrinologi per il trattamento degli adenomi ipofisari.

4) Patologia degenerativa del rachide. La UO di Neurochirurgia di Reggio ha da tempo intrapreso il trattamento della patologia degenerativa discale. Mentre il trattamento microchirurgico della ernia discale lombare o cervicale è sostanzialmente consolidato, sono state introdotte alcune tecniche più moderne.

Nelle **forme degenerative multi segmentarie** con dolore cronico persistente possono essere intrapresi nuovi presidi chirurgici innovativi.

I *sistemi interspinosi elastici* permettono infatti una correzione dei processi degenerativi del rachide: consentono infatti un ripristino della normale curvatura della colonna, l'apertura dei forami di coniugazione ove fuoriescono le radici e una redistribuzione dinamica del carico assiale della colonna riducendo così l'overload (sovraccarico) di quelle strutture (faccette discale e piatti intersomatici) responsabili nell'etiologia del dolore.

Nelle **forme degenerative in fase avanzata**, grazie alle immagini delle indagini radiologiche, si osservano quadri patologici caratterizzati da una modificazione importante, per fenomeni artrosici, dei diametri del canale vertebrale e dei forami di coniugazione nonché da una patologica curvatura della colonna e/o da uno scivolamento di una vertebra su quella sottostante. In questo caso l'approccio chirurgico ha il fine di ripristinare il canale vertebrale, lo spazio per le radici nervose e la normale curvatura della colonna.

L'approccio chirurgico consiste in una *fissazione strumentata* posteriore con viti peduncolari e barre, al fine di rendere stabile il tratto rachideo ormai instabile. Tale tecnica, che richiedeva sino a poco tempo fa il trasferimento del paziente a Parma, è stata introdotta anche a Reggio Emilia.

In conclusione la Neurochirurgia di Urgenza di Reggio Emilia ha progressivamente esteso il proprio campo di azione seguendo e collaborando con le linee di eccellenza già presenti a Reggio Emilia.

Nello ambito di un sistema tipo Hub and Spoke non necessariamente lo Spoke deve essere penalizzato, anzi può crescere sfruttando la esperienza del centro di riferimento.

Un passo ulteriore, già in fase organizzativa, è la estensione del trattamento neurochirurgico per alcune patologie di pazienti a centri Ospedalieri della Azienda territoriale in modo da ottimizzare la offerta chirurgica e diminuire le liste di attesa.

Franco Servadei

Direttore UO Neurochirurgia Hub and Spoke
Parma-Reggio Emilia

Reza Ghadirpour

Responsabile IAS Neurotraumatologia

**Corrado Iaccarino, Salvatore Ippolito,
Giampiero Mantenuto, Antonio Romano:**

Dirigenti Medici



STUDIO E IMPLEMENTAZIONE DI UNA STRATEGIA PER LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE IN UGA (UNITÀ GERIATRICA PER ACUTI)

Le ulcere da pressione (U. D. P.), in passato conosciute come piaghe da decubito, rappresentano a tutt'oggi un evento clinico significativo, sia per l'impegno che richiedono in termini di risorse umane e materiali, sia per la sofferenza che comportano a chi ne è affetto.

Il trattamento dei soggetti anziani rappresenta uno degli aspetti più impegnativi dell'assistenza in questo ambito. Le dimensioni del fenomeno sono evidenziate dai dati epidemiologici riscontrabili in letteratura: studi internazionali rivelano percentuali di pazienti affetti da UDP oscillanti fra l'8% e il 22% nei soggetti ospedalizzati.

Nella popolazione ospedalizzata circa il 70% dei pazienti affetti da ulcere da pressione sono ultrasettantenni; per questi soggetti l'evento ulcera da pressione rappresenta una grave causa di mortalità e morbilità, stimata da molti Autori intorno al 38% dei casi.

Le più recenti indagini condotte dall'Agenzia Regionale di Sanità della regione Toscana (anno 2006) evidenziano una prevalenza regionale pari al 20% fra ospedale e territorio, dove oltre il 42% dei pazienti presentano lesioni plurime.

L'impegno rivolto, negli ultimi anni, a tali problematiche, da parte di importanti istituzioni sanitarie, dimostra che nonostante la tematica possa sembrare ampiamente af-

frontata e risolta sotto vari aspetti, il problema ancora permane.

Considerato quanto premesso sono da ritenersi fondamentali la conoscenza del problema, nonché le cause e gli interventi preventivi da adottare.

Ponendo l'attenzione sull'eziologia delle ulcere da pressione potremmo definirla multifattoriale, poiché alla loro formazione concorrono molteplici fattori, interagenti fra loro, quali le caratteristiche del distretto cutaneo interessato, le caratteristiche del soggetto, condizioni predisponenti in cui l'individuo viene a trovarsi in seguito ad evento patologico, quali per esempio l'immobilità, la malnutrizione, le alterazioni percettive. Tutti questi fattori, talora transitori, sono facilmente riscontrabili nella popolazione anziana istituzionalizzata ed il danno tessutale a cui possono dare origine può avere pesanti conseguenze a lungo termine.

Il primo passo, fondamentale per contenere l'insorgenza di ulcere da pressione, è rappresentato dalla tempestiva individuazione dei soggetti a rischio, al fine di realizzare una adeguata pianificazione assistenziale (mirata soprattutto all'attuazione di interventi preventivi, fondamentali e necessari quanto la terapia stessa) sin dal momento della presa in carico del soggetto, anche per i pazien-



STUDIO E IMPLEMENTAZIONE DI UNA STRATEGIA PER LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE IN UGA (UNITÀ GERIATRICA PER ACUTI)



la continuità delle cure, consente un monitoraggio costante degli eventi. Nell'ambito del Wound Care l'applicazione di protocolli si è rivelata una misura efficace per la prevenzione delle ulcere da pressione.

E' opinione ormai consolidata che alla realizzazione di procedure operative proprie, basate su conoscenze scientificamente validate, quali le Linee Guida, consegua un miglioramento clinico - organizzativo, che mantenga come obiettivi prioritari il mantenimento, il miglioramento e la promozione dello stato di salute dell'Utente, e, al tempo stesso, tuteli e supporti l'operatore che ne fa uso.

Il nostro lavoro è iniziato alla fine dell'anno 2005. La collega ed io siamo stati inseriti nel gruppo di

ti che presentano un rischio "apparentemente" assente. Da tempo ormai si è recepita l'importanza di non affidare più niente al caso o alla sola esperienza, ma piuttosto di dotarsi di strumenti idonei a supportare gli operatori in tal senso.

Le scale di valutazione del rischio UDP a disposizione sono molteplici, anche se le più accreditate si riducono a pochi elementi. Naturalmente l'adozione di una scala di valutazione del paziente a rischio di contrarre ulcere da pressione non deve rimanere fine a sé stessa, ma, nell'ottica della presa in carico globale, deve essere intesa come il primo passo di una pianificazione assistenziale personalizzata, mirata a individuare le criticità maggiori e quindi a correggerle. Qualsiasi intervento terapeutico non può prescindere da una valutazione locale, generale, ambientale/sociale del soggetto, a scelta del trattamento. Gli operatori, nell'esercizio della propria professione, hanno una "responsabilità", nei confronti dell'utenza, rappresentata dalla tutela della salute tramite l'applicazione di tutte le conoscenze a disposizione; da qui si evince la necessità di aderire alle più recenti evidenze in materia, mediante l'aggiornamento continuo, l'adozione e la creazione di strumenti e metodi di lavoro validati, al fine di garantire interventi assistenziali di qualità. La realizzazione di strumenti operativi specifici, la loro adozione e condivisione nell'ambito della propria realtà operativa, rappresenta un segno di crescita professionale, riduce la variabilità e l'errore, garantisce

lavoro per l'accreditamento del reparto di geriatria: tra i vari compiti a noi affidati ci si chiedeva di identificare uno standard di prodotto infermieristico, rilevando l'evidenza, l'efficacia e la prevenzione di questo prodotto. Uno dei prodotti di cui avevamo maggiore conoscenza è sicuramente il rischio di piaghe di decubito, in quanto da anni, almeno da quando ho iniziato a lavorare in questo reparto, una delle nostre priorità è evitare l'insorgere di queste piaghe nel pz o ridurre l'entità, di quelle esistenti.

Abbiamo cercato strumenti oggettivamente quantificabili per capire se tutto quello che mettevamo in atto per evitare o ridurre il rischio di lesioni era efficace: dalla conoscenza dei protocolli dagli ausili più innovativi (letti elettrificati, materassini antidecubiti, sostegni), dalle medicazioni più avanzate, dal controllo alimentare e dalla mobilizzazione.

Abbiamo iniziato ad elaborare una nuova scheda di rilevazione che tenesse conto dei risultati di alcune scale di valutazione per il rischio di lesione (Le Braden / B.A.D.L., due scale già presenti nella nostra cartella infermieristica); in questa nuova scheda abbiamo inserito:

- la rilevazione delle lesioni al momento dell'ingresso, classificandole;
- l'eventuale insorgenza di lesioni durante il ricovero;
- una valutazione delle lesioni al momento della dimissione.

La scheda è stata elaborata come segue:



SCHEMA DI RILEVAZIONE PERIODICA PER LESIONE DA DECUBITO

DATA

PAZIENTE

TOTALE SCALA DI BRADEN (rilevato dalla scheda infermieristica)

TOTALE SCALA DI B.A.D.L (rilevato dalla scheda infermieristica)

Valutazione:

DATA INGRESSO	STADIO	DIMENSIONE	SEDE

DATA INSORGENZA	STADIO	DIMENSIONE	SEDE

DATA DIMISSIONE

STATO DELLA LESIONE:

STABILE	
IN GUARIGIONE	
PEGGIORAMENTO	
NESSUNA PIAGA ALLA DIMISSIONE	

Classificazione della lesione secondo N.P.U.A.P.

Stadio I eritema ed edema
Stadio II distruzione della cute a tutto spessore con o senza interessamento del derma
Stadio III distruzione del sottocute senza oltrepassare la fascia
Stadio IV necrosi profonda

Per essere più sicuri dell'efficacia dei nostri trattamenti non ci siamo limitati alla valutazione scritta ma abbiamo cercato di seguirli anche con una documentazione visiva, provvedendo ad effettuare foto delle lesioni al momento dell'ingresso, durante la degenza ed alla dimissione. Tutto questo si è potuto fare anche perché la percentuale

dei pz con lesioni da decubito si è molto ridotta: su 43 pz nella nostra U.O. questi pz oscillano tra le 10 e le 12 unità: ciò ha permesso la continuità del lavoro di documentazione da parte degli infermieri diurnisti ai quali è stata affidata in prima persona la compilazione delle schede.



DATA _____ ingresso / comparsa di lesione

FOTO

FERITA:
Altezza cm _____
Larghezza cm _____
Profondità cm _____

ESSUDATO:

asciutto medio abbondante

TESSUTO:

Infetto Necrotico Necrotico c/escara Deterso Tessuto di granulazione Fibrina Altro:

DOLORE:

Nessuno Lieve Moderato Intenso

CUTE PERILESIONALE:

Integra Lesionata Macerata Eritematosa/flittene Edematosa/cellulite

Medicazione primaria *

Idrocolloide _____ Alginate _____
Schiuma _____ Film Poliuretano _____
Garza _____ Altro _____

* Inserire il nome commerciale

Cambio previsto ogni / gg:

1 2 3 4 5 6 7 _____

Medicazione secondaria

Garza TNT Garza cotone Pannolone Cerotto TNT Cerotto di carta Altro Bendaggio elastocompressivo Pellicola trasparente

Controllo alla _____ settimana/dimissione

FOTO

FERITA:
Altezza cm _____
Larghezza cm _____
Profondità cm _____

ESSUDATO:

asciutto medio abbondante

TESSUTO:

Infetto Necrotico Necrotico c/escara Deterso Tessuto di granulazione Fibrina Altro:

DOLORE:

Nessuno Lieve Moderato Intenso

CUTE PERILESIONALE:

Integra Lesionata Macerata Eritematosa/flittene Edematosa/cellulite

Medicazione primaria *

Idrocolloide _____ Alginate _____
Schiuma _____ Film Poliuretano _____
Garza _____ Altro _____

* Inserire il nome commerciale

Cambio previsto ogni / gg:

1 2 3 4 5 6 7 _____

Medicazione secondaria

Garza TNT Garza cotone Pannolone Cerotto TNT Cerotto di carta Altro Bendaggio elastocompressivo Pellicola trasparente



STUDIO E IMPLEMENTAZIONE DI UNA STRATEGIA PER LA PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE IN UGA (UNITÀ GERIATRICA PER ACUTI)

CONCLUSIONI

Dall'inizio delle fasi di rilevazioni abbiamo avuto un totale di 1.267 donne ricoverate con un totale di 81 pz piagate.

Di queste, al momento della dimissione 38 erano in fase di guarigione, 27 pz presentavano lesioni stabili, 16 un peggioramento delle lesioni. Per 8 pazienti le lesioni erano insorte durante il ricovero.

Abbiamo avuto 973 ricoveri uomini con un totale di 41 pz piagati.

Di questi, al momento della dimissioni 10 erano in fase di guarigione, 29 presentavano lesioni stabili, 1 pz presentava un peggioramento della lesione. Non erano insorte lesioni durante il ricovero.

Per le pz donne bisogna tenere presenti alcuni fattori di rischio maggiori rispetto agli uomini: età più avanzata, periodo di ricovero più lungo, patologie più invalidanti, maggiore obesità.

Durante il periodo della rilevazione nel nostro reparto se verificato un piccolo aumento di lavoro burocratico sostenuto dagli infermieri e O.S.S. ma questo è stato superato dalla soddisfazione del progetto che diventato un standard di prodotto per il reparto e dai vantaggi che si ottengono:

- il lavoro di documentazione messo in atto ci consente di capire se le procedure attivate sono valide oppure no,
- questo comporta una riduzione del periodo di degenza dei pazienti,
- la documentazione disponibile è inoltre un utile strumento di tutela del nostro operato, di fronte ad eventuali lamentele da parte dei pazienti o dei familiari.

In più si sta attuando una formazione all'interno del dipartimento per adottare tutti lo stesso sistema di rilevazione.

Dall'inizio del piano sino al mese di Ottobre 2007 è stata rilevata una percentuale del 0,5% di lesioni da decubito insorte durante la degenza; questa percentuale è un dato che rispecchia o migliora i dati che emergono in letteratura.

Antonio Arcopinto
Monica Grimaldi
Stefania Gualandri
Orietta Vecchi
Geriatra

Riferimenti bibliografici

Linee Guida Regione Toscana: "Ulcere da pressione: prevenzione e trattamento", documento n 3 ottobre 2005

"Linee guida sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito". A. O. di Bologna, Policlinico S. Orsola Malpighi, ottobre 2001

"Raccomandazioni per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni da decubito". Agenzia di Sanità Pubblica, Regione Lazio, ottobre 2005

"Il dito nella piaga: prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito". R. Fratton, A. Pegoraro, E. Maffei, G. Romanelli, E. Fonzi, P. Costa. I quaderni di dialogo sui farmaci, Verona 2003

"Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione". M. P. Bertuccelli, U. L. Dati, C. Moncini, J. Ranieri. Pubblicazione per operatori sanitari, personale infermieristico, AUSL 12 Viareggio, 2004

"Ulcere da pressione raccomandazioni per l'operatore sanitario". M. P. Bertuccelli, J. Ranieri. Pubblicazione per operatori sanitari, AUSL 12 Viareggio, 2007

"Assistenza infermieristica nella cura delle lesioni cutanee". S. Bale, V. Jones. Il edizione. Elsevier Masson, 2007
Helios. Aggiornamento in Wound Care 2- 1999. Ricerca internet: www.coloplast.it

Helios. Aggiornamenti in Wound Care 1 - 2005. Ricerca internet: www.coloplast.it

"Le ulcere da pressione: prevenzione, fisiopatologia, clinica, trattamento medico e chirurgico. G. Biglietti. Ricerca internet: www.asl16.sanitatn.it

"UdP prevenzione e trattamento: dimensioni del fenomeno in Toscana", giornata di studio. Firenze 12 dicembre 2006.

L'EDIFICIO SPALLANZANI

Destinazione d'uso della struttura al giugno 2009

Nel corso degli ultimi due anni i grandi spazi dello storico edificio Spallanzani progressivamente, riqualificati, si sono aperti ad accogliere attività, uffici e persone.

La nuova vita dell'edificio, sorto negli anni '30 come tubercolosario, è stata fortemente voluta dalla Direzione aziendale che ha posto il ripristino e la valorizzazione di questa parte del patrimonio del Santa Maria Nuova tra gli obiettivi importanti.

Queste le attuali destinazioni:

Piano Seminterrato

- AUSL – Lega Italiana Lotta contro i Tumori (L.I.L.T.)
- ASMN – Aree di supporto amministrativo – logistico (Archivi e Depositi)
- ASMN – Locali tecnici

Piano Rialzato

- PORTINERIA
- ASMN – UDGEE (Unità Disabilità Gravi dell'Età Evolutiva)
- Corso di laurea in Fisioterapia e Laboratorio di Analisi del Movimento
- ASMN – Servizio Prevenzione e Protezione – Medico Competente – Assistenti Sanitarie. Uffici e Ambulatori.
- ASMN – Servizio Fisica Sanitaria - Uffici
- AUSL – Casa del Sole – Assistenza psichiatrica diurna
- CROCE VERDE – Sede provvisoria della pubblica assistenza

Piano Primo

- ASMN – Servizio Farmaceutico – Uffici e Laboratori di preparazione farmaci
- ASMN – Centro formazione O.S.S.
- ASMN – Uffici TSK
- AUSL – Centro Autismo e Neuropsichiatria Infantile – Servizio Infermieristico (SID) – Nucleo Cure Primarie – Medicina di Gruppo

Piano Secondo

- ASMN – Uffici Amministrativi
- Servizio Gestione del Personale;
- Servizio Bilancio e Finanze;
- Servizio Controllo di Gestione e Marketing;
- Servizio Affari istituzionali, Legali e Comunicazione;
- Servizio Acquisti

Piano Terzo

- ASMN – Servizio di Immunoematologia e Trasfusionale – Settore Conservazione Criogenica.

IL LABORATORIO ANALISI DEL MOVIMENTO PER I BAMBINI CON DISABILITÀ ED I NUOVI LOCALI DEL CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA



Sono stati inaugurati lo scorso 11 Novembre gli spazi destinati al modernissimo Laboratorio di Analisi del Movimento (L.A.M.) dedicato allo studio delle difficoltà motorie dei bambini disabili e dei locali della nuova sede del Corso di Laurea in Fisioterapia, il più ambito fra tutti i corsi della Facoltà di Medicina e Chirurgia della Università di Modena e Reggio Emilia che hanno sede nella nostra città, per complessivi trecento metri quadrati situati al piano zero dell'edificio. Il Laboratorio di Analisi del Movimento, fra i più avanzati presenti in Italia, nasce per implementare l'attività clinica della Struttura Complessa di **Riabilitazione delle gravi disabilità dell'età evolutiva ASMN, diretta dal Prof. Adriano Ferrari**, da tempo punto di eccellenza nazionale del settore, nonché l'attività di ricerca nel campo della paralisi cerebrale infantile, delle malattie neuromuscolari e degli esiti di mielomeningocele. Il Laboratorio utilizzerà la c.d. stereofotogrammetria optoelettronica, basata su tecnologia di ultima generazione, dotata di otto telecamere digitali a due milioni di pixel e di due analogiche ambientali, che consente l'analisi tridimensionale del movimento con specifica predisposizione alla analisi del cammino, della manipolazione e del controllo posturale. La prossimità del Laboratorio con i locali del Corso di Laurea in Fisioterapia, che prepara i futuri professionisti della riabilitazione, crea un importante momento di apprendimento e confronto sistematico. Gli studenti del **Corso di Laurea** e gli allievi del **Master in Riabilitazione** (medici specialisti e fisioterapisti laureati, provenienti da ogni parte d'Italia) potranno contare su un avanzato strumento di studio potendo accedere, così, ad un livello formativo all'altezza della reputazione che la sede formativa reggiana ha ormai raggiunto a livello nazionale.



Interventi per la mobilità sostenibile dall'Azienda e dal Comune per la dell'area

Minibù Linea H e fermate

- Aumenta la qualità del servizio garantendo l'avvicinamento con le fermate interne.
- Ha inserito un servizio frequente ben collegato al centro, alla stazione ed alle altre linee e per gli scambiatori.
- Rende confortevole l'attesa e accessibile il servizio.



Nuovo svincolo Nord

- Evita la congestione del passaggio antistante i poliambulatori.
- Allontana il traffico veicolare dalla zona accesso principale.



Deposito biciclette per dipendenti

- Aumenta e qualifica il parcheggio delle biciclette.
- Aumenta il comfort con la protezione delle coperture.
- I portabici permettono di assicurare il telaio della bici senza chinarsi garantendo così un buon grado di sicurezza.



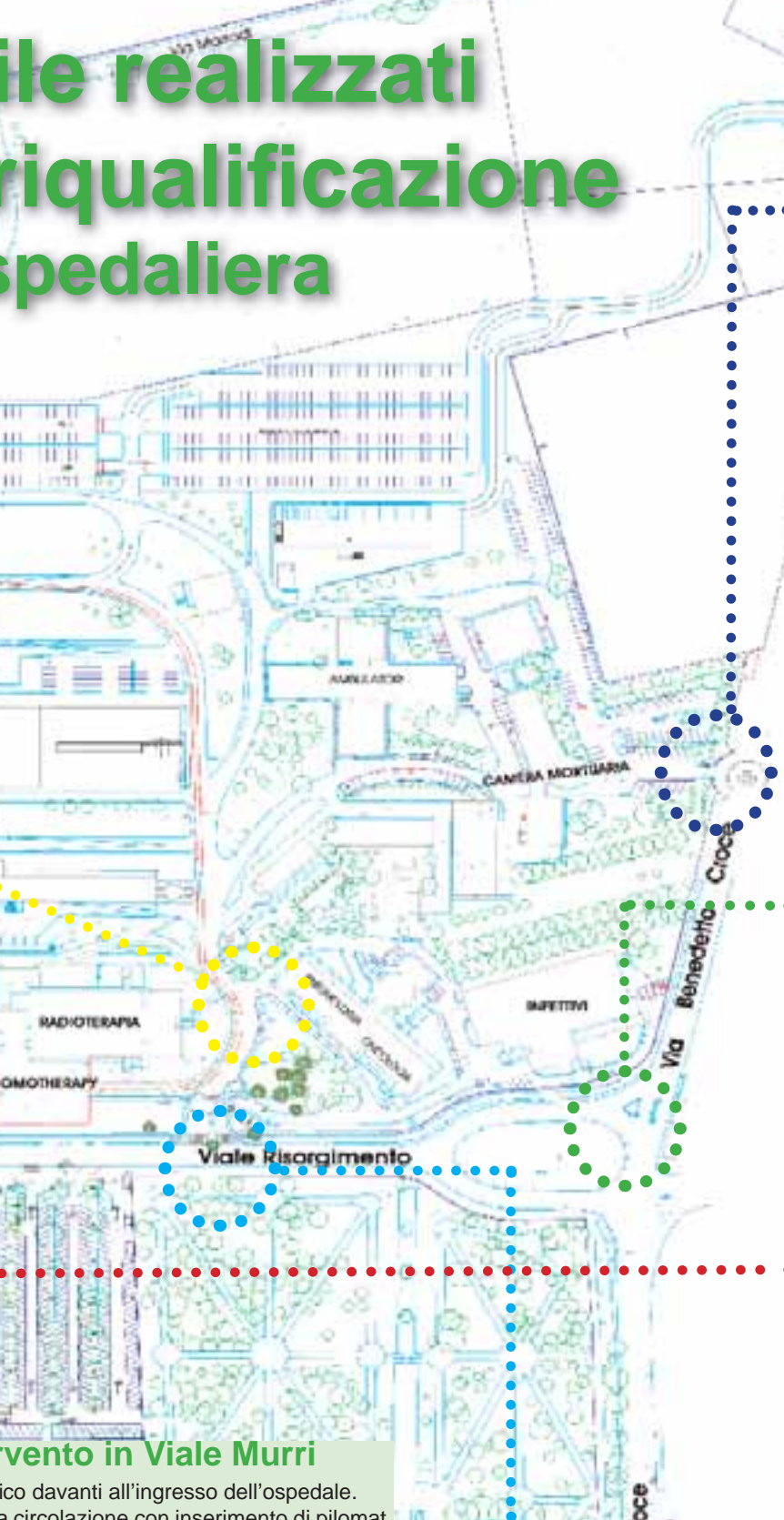
Nuovo Parcheggio Libero Esterno

- Ricolloca le auto in sosta lunga che attualmente entrano in area ospedaliera.
- Aumenta l'offerta di sosta come richiesto dagli standard urbanistici.



- Limita
- Intern
- in fon
- Riqua

Progetti realizzati per la riqualificazione ospedaliera



Rotonda Via Benedetto Croce

- Permette di rallentare la velocità in via Benedetto Croce.
- Agevola l'uscita dei funerali dall'obitorio.



Rotonda Piazzale Quarnaro

- Ha permesso di eliminare il semaforo dell'incrocio.
- Indirizza il traffico di Viale Risorgimento in via Benedetto Croce e via Magati.



Stazione Bike Sharing

- Offre un servizio economico e flessibile agli utenti per gli spostamenti urbani.
- Fornisce un servizio in una posizione di grande passaggio pedonale e prossima ai servizi.



Intervento in Viale Murri

Intervento davanti all'ingresso dell'ospedale.
Per la circolazione con inserimento di pilotaggio
in Viale Murri.



Nuovo svincolo Sud

- Ha permesso la costruzione del nuovo servizio di Radioterapia.
- Separa il traffico verso il PS ed il Monoblocco da quello destinato ai servizi ambulatoriali dei padiglioni in vista del piano sosta.



NUOVE TECNOLOGIE



Due importanti apparecchiature, installate rispettivamente nelle Strutture di Radioterapia e di Radiologia, hanno recentemente contribuito ad arricchire il corredo di reparti specialistici che, per l'attività diagnostica e terapeutica che svolgono, hanno altissima vocazione tecnologica.

In Radioterapia è attiva la apparecchiatura IORT (Intra-Operative Radiation Therapy) essendo la Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia tra le quattro sedi individuate in Emilia-Romagna nell'ambito del Programma regionale per l'innovazione tecnologica. La IORT è un acceleratore di elettroni che ha la caratteristica della mobilità e può essere utilizzato nel corso delle sedute operatorie. La IORT è una tecnica da applicare in integrazione e/o in sostituzione della radioterapia esterna convenzionale e consiste nella somministrazione, durante l'intervento chirurgico, in genere dopo l'asportazione della neoplasia, di un'uni-

ca ed elevata dose di radiazioni. L'acceleratore portatile di elettroni, concepito esclusivamente per un uso intraoperatorio, consente il trattamento radiante senza che si debba spostare il paziente e con una sospensione minima dei normali tempi chirurgici. Il costo di questa apparecchiatura è stato di 1.228.500 Euro, la metà finanziati dalla Regione.

L'attivazione della **IORT** a Reggio Emilia rientra in un progetto della Regione Emilia Romagna che coinvolge altre tre aziende (Aziende USL di Rimini e di Bologna, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara) e che ha come fine l'introduzione controllata della metodica, sia per quanto riguarda gli aspetti clinici che quelli organizzativo-gestionali e formativi. Benché il tumore mammario costituisca il primo e per il momento unico obiettivo della IORT, è intendimento della Struttura di Radioterapia di impiegare la IORT, una volta implementata la procedura, anche per altre patologie neoplastiche, nell'ambito di studi multicentrici nazionali e internazionali. Al corredo tecnologico della Struttura di Radiologia si è aggiunta, dallo scorso settembre, una terza **Risonanza Magnetica** con 1.5 tesla di potenza (tesla è l'unità di misura che esprime l'intensità del flusso magnetico). In campo neuroradiologico la RMN ad alto campo è idonea a produrre immagini di qualità nettamente superiore, in tempi mediamente inferiori rispetto alla tecnologia precedente, e consen-

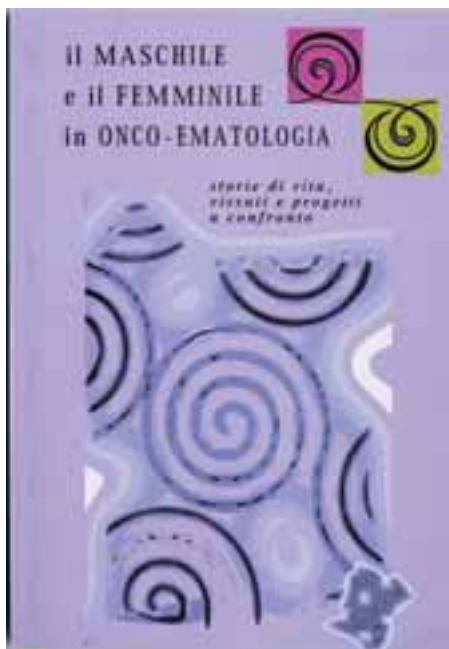


te sequenze innovative di spettroscopia, utili per la definizione diagnostica di tumori cerebrali prostatici e, in futuro, anche della mammella. Grazie alle sue caratteristiche saranno possibili studi dinamici quali le analisi del comportamento metabolico e funzionale dei singoli organi esaminati, sono tipici gli studi per l'ictus e per i tumori cerebrali. Il costo della apparecchiatura è di € 3.367.840,00 (comprensivo di canone di locazione annuale di

481.120,00 Euro annui per 7 anni e manutenzione) ed alla fine dei 7 anni sarà possibile riscattare l'attrezzatura.



IL MASCHILE E IL FEMMINILE IN ONCO-EMATOLOGIA: STORIE DI VITA, VISSUTI E PROGETTI A CONFRONTO



In questi anni il femminile, anche in situazioni di malattia grave ha dimostrato di farsi carico in prima persona e a volte, collettivamente, in modo organizzato, dentro aree del volontariato, delle conseguenze di un'esperienza di malattia che invade la vita in modi imprevisi; riuscendo a dare significato alle proprie ferite, a

volte anche a quelle dell'anima. Questa apertura verso una ricerca interiore, a partire dalla malattia, non è di tutti. Il maschile caratterizzato dall'erranza, dal movimento, così cresciuto nella dimensione del fare e del dimostrare a sé e agli altri il proprio valore nell'agire, mal si coniuga con una sosta forzata rappresentata dalla condizione di malattia. Spesso non sa descrivere, esprimere la propria sofferenza; a volte ha bisogno di un femminile paziente e accuditivo che veicoli le sue emozioni e se ne prenda cura. Per cercare di entrare nel mondo dei sentimenti e delle emozioni maschili (come ci ha ben testimoniato T. Terzani in "Un altro giro di giostra"), là dove l'esperienza di malattia sollecita dubbi, domande e interrogativi tormentosi, consapevoli che è uno "sguardo" femminile che si fa carico di un'indagine verso l'altra metà del cie-

lo, abbiamo promosso una ricerca di genere, sperando che i soggetti a cui è indirizzata diventino sempre più protagonisti della loro condizione di malattia. Ci piace pensare che la vita è dialogo, relazione e che, soprattutto di fronte ad eventi critici, si attivi quella dimensione dialogica che è, come afferma L.J. Kaplan "il battito cardiaco dell'esistenza umana".

Questa ricerca fa seguito a quella sull'utilizzo delle Medicine Non Convenzionali, in un percorso oncologico in cui abbiamo potuto evidenziare il bisogno dei soggetti oncologici di diventare protagonisti del loro percorso di cura in contemporanea ad una ridefinizione dei loro obiettivi esistenziali.

A distanza di un anno dal convegno ove sono stati presentati i risultati della ricerca, l'Associazione La Melagrana pubblica gli atti del convegno stesso a disposizione di chiunque sia interessato a questa delicata tematica. L'augurio che ci poniamo è che questa pubblicazione possa essere di aiuto a coloro che si trovano a vivere una condizione di malattia o semplicemente uno stimolo ad approfondire un argomento così attuale che coinvolge il maschile e il femminile in una particolare condizione di esistenza.

Gli atti sono reperibili presso la sede dell'Associazione La Melagrana in via Arcipretura 4 a Reggio Emilia (tel. 0522.541734; apertura: martedì dalle 17 alle 19; mercoledì e venerdì dalle 10,00 alle 12,00; chiusura estiva dal 27 luglio al 25 agosto).

www.lamelagranaonlus.it

Carla Tromellini
Presidente "La Melagrana"



CHANGING THE WAY WE CARE FOR DIABETES

Un riconoscimento, meritato, alla consulenza infermieristica per il paziente diabetico



Il numero dei diabetici nel mondo è in crescita esponenziale e non solo nei paesi emergenti sotto il profilo economico. Anche la 'vecchia' Europa vede crescere le diagnosi di diabete di tipo 2 ed allungarsi la vita dei pazienti con diagnosi di malattia di lunga durata, quindi anziani e complicati. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito tale espansione come epidemia del terzo millennio ed invita ad intensificare gli sforzi per prevenire la malattia ed anticiparne la diagnosi, che attualmente viene effettuata con un ritardo di circa 10 anni, manifestandosi nel 50% dei casi attraverso le complicanze vascolari croniche soprattutto cardiovascolari, a quel punto già presenti. L'attenzione al problema ha richiesto una riorganizzazione dei Servizi di Diabetologia territoriale, che sono ricorsi alla gestione integrata del paziente con diabete di tipo 2 in trattamento ipoglic-

cemizzante orale in buon compenso glicometabolico e non complicato, che ora ricorre allo specialista una volta all'anno per lo screening delle complicanze croniche o in caso di iperglicemia di nuova insorgenza, mentre si rivolge al medico di medicina generale per i controlli metabolici trimestrali. Il diabetico viene in ospedale più spesso rispetto al normotollerante, nei confronti del quale ha più frequentemente incidenti cardiovascolari quali infarto, ictus, ischemia degli arti inferiori. Ma anche il numero di tali pazienti è in aumento, grazie all'allungamento della loro vita ed alla maggior sopravvivenza rispetto al passato dopo tali episodi ischemici. Sono attualmente circa 3000 i pazienti che in un anno si rivolgono al nostro ospedale per tali patologie, che li vedono costituire quasi un terzo dei degenti nei reparti di Cardiologia, Medicina, Neurologia, Chirurgia Vascolare. A ciò ag-



giungasi i pazienti che hanno proprio durante il ricovero, il primo riscontro di iperglicemia, vuoi secondaria alla patologia acuta, vuoi ad indicare un diabete non noto. L'arrivo in ospedale comporta per tali pazienti un brusco cambiamento delle abitudini di vita che per lui significano un pilastro portante del trattamento dell'iperglicemia: con l'allettamento si azzerano l'attività fisica, gli orari dei pasti modificano notevolmente la distribuzione giornaliera della terapia insulinica, vengono meno tutti gli accordi che il paziente aveva sottoscritto con il "suo" diabetologo riguardanti la modifica della terapia in base alle variabili quotidiane e spesso il tutto viene affidato ad un medico non specialista in diabete ed avvezzo a gestire come prioritarie altre patologie. Come non bastasse, a ciò si sovrappone una patologia acuta, che di per sé può causare stress ed iperglicemia e/o richiedere l'utilizzo di farmaci iperglicemizzanti quali corticosteroidi, diuretici, simpaticomimetici, antipsicotici di seconda generazione, anti HIV. Non da ultimo il paziente viene sottoposto ad indagini strumentali o procedure chirurgiche che richiedono un digiuno prolungato. Patologia acuta, farmaci iperglicemizzanti, digiuno protratti e ripetuti comportano spesso l'insorgenza di scompensi glicometabolici che richiedono l'inizio di un trattamento insulinico o che vengono gestiti più correttamente con trattamenti insulinici intensivi, diversi dal trattamento con il quale il paziente veniva precedentemente seguito ambulatorialmente.

In tali pazienti è dimostrato che la consulenza diabetologica abbrevia la degenza media e, correggendo più rapidamente la glicemia, consente di ridurre la degenza media e la mortalità intraospedaliera, soprattutto dopo infarto, ictus, sepsi, degenza in unità di cura intensiva, intervento chirurgico. L'intervento del diabetologo si avvale di terapia insulinica infusiva, seguita da schemi di trattamento con analoghi rapidi e lenti dell'insulina stabilizzati in base all'apporto di insulina ev, dall'integrazione del suo intervento con quello del cosiddetto team diabetologico, vale a dire dell'Infermiere Professionale esperto in diabetologia ed il dietista. È all'Infermiere esperto in diabetologia, Marco Ganassi, che è stato attribuito il premio Zilli, assegnato da una giuria nazionale, a riconoscimento del miglioramento della sanità pubblica nella gestione della malattia diabetica. Per capire meglio il motivo del riconoscimento occorre sapere come viene svolta tale attività di consulenza, che ha preso il via nel 2003 e che ha visto essa stessa aumentare esponenzialmente il numero di prestazioni annuali, favorita in ciò non solo dall'aumento del numero dei diabetici ricoverati, ma anche dal trasferimento della Diabetologia nell'Ala nuova dell'Azienda, accorpata alle altre U.O., più raggiungibile e più collegata a tutte le realtà, ed alla capacità di integrazione del team diabetologico che, a testimonianza di tutti, ha creduto dall'inizio in questa

impostazione e si è resa disponibile a raggiungere i pazienti in dimissione anche se interpellati il giorno stesso della medesima. La **consulenza dell'infermiere esperto in diabetologia** viene attivata dal personale medico/infermieristico dell'UO richiedente telefonicamente e/o in forma cartacea e si svolge al letto del paziente o nell'ambulatorio diabetologico, rivolta al paziente stesso e/o ai familiari che si faranno carico della gestione della malattia diabetica a domicilio. Attraverso tale consulenza, che è stata meticolosamente strutturata, si cerca di trasferire al paziente la capacità di effettuare correttamente il controllo della glicemia su sangue capillare, l'iniezione di insulina, la correzione dell'ipoglicemia. Immediatamente dopo viene verificato che il paziente esegua correttamente quanto appreso, quindi sappia e sappia fare e si consegna il cosiddetto kit di sopravvivenza, vale a dire un fabbisogno di insulina, strisce reattive e siringhe per raggiungere in sicurezza al momento della dimissione ospedaliera, il Servizio di Diabetologia di pertinenza territoriale, che si farà carico dell'assistenza ambulatoriale del paziente. Al lavoro della diabetologia del nostro ospedale è stato riconosciuto attraverso il **Premio Zilli**, lo sforzo di **uniformare per tutta l'Azienda Ospedaliera la modalità di dimissione del paziente**, per garantirne la sicurezza, la continuità educativa-informativa rispetto a quanto fatto dalla Diabetologia territoriale e facendosi carico anche di adeguare l'intervento in uniformità con le modifiche di intervento terapeutico che le linee guida nazionali dettano. In base ad esse, ad esempio, si sono intensificati gli sforzi per raggiungere valori normali di glicemia il più rapidamente possibile durante la degenza e consensualmente mantenerli a domicilio, in rispetto anche della correzione dell'iperglicemia postprandiale, che è ormai dimostrato essere portatrice di una variabilità glicemica aggiuntiva, direttamente proporzionale al danno macrovascolare ed alla macrosomia fetale. Ma Marco Ganassi non si ferma: già parla del prossimo premio, che intende sfidare mediante il lavoro del team diabetologico sul percorso del piede diabetico, in cui l'IP punta ad una educazione "a puntate" del paziente, finalizzata alla prevenzione secondaria. Ma non esclude anche un intervento di capillarizzazione della formazione diabetologica, da concordare con le unità operative e che richiederebbe una frequenza minima dell'ambulatorio diabetologico, al fine di estendere la cultura diabetologica. È impensabile, infatti, che un singolo IP possa farsi carico della "valanga" di diabete a cui tutti ci stiamo preparando.

Marco Ganassi
Enrica Manicardi
Medicina II



RILEVAZIONE SULL'UTILIZZO DEL SERVIZIO DI MEDIAZIONE LINGUISTICO CULTURALE E SUI BISOGNI FORMATIVI DEGLI OPERATORI

Presso la nostra Azienda è stato attivato dal 2006 il Servizio di Mediazione Linguistico Culturale il cui utilizzo viene monitorato attraverso una rilevazione semestrale di tipo quantitativo. Non era stato però mai fatto uno studio della qualità del servizio così come percepita dagli operatori che se ne avvalgono. Si è sentita quindi l'esigenza di creare uno strumento per avere un feed-back dai professionisti sugli aspetti qualitativi ed organizzativi del servizio. In particolare gli obiettivi dell'indagine sono stati quelli di rilevare i seguenti aspetti tematici:

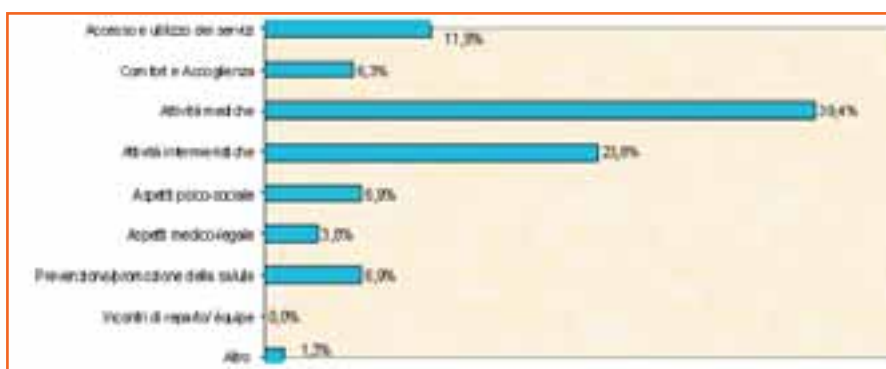
- le principali modalità e "aree" di utilizzo del servizio di mediazione linguistico-culturale;
- le criticità e i suggerimenti per migliorare il servizio;
- la valutazione di soddisfazione rispetto ai mediatori culturali;
- i bisogni formativi rispetto all'utilizzo della mediazione e all'interculturalità in generale.

I questionari sono stati somministrati attraverso una scheda on line e, seppur la richiesta era di compilarne uno per struttura/servizio, complessivamente sono stati raccolti 78 questionari rappresentativi di 59 strutture diverse. Questo significa che in alcuni reparti più professionisti hanno compilato il questionario, fornendo a volte risposte diverse tra loro. Rispetto alla **frequenza di utilizzo**, il

41% dei rispondenti afferma di utilizzare il Servizio di mediazione "in molti casi" mentre il 52% di utilizzarlo in "pochi casi" e solo il 6% afferma di non utilizzarlo mai. Il **limitato utilizzo** è motivato da:

- comprensione linguistica degli stranieri (pazienti accompagnati da parenti/amici che comprendono l'italiano);
- ridotto accesso di utenza straniera o di "stranieri non integrati";
- persuasione della "non necessità" del servizio;
- discrezionalità del singolo operatore nell'utilizzo del servizio;
- difficoltà di attivazione (es. in urgenza, festivi).

Gli **aspetti per i quali viene attivato principalmente il Servizio di Mediazione** sono quelli riportati nel seguente grafico:





RILEVAZIONE SULL'UTILIZZO DEL SERVIZIO DI MEDIAZIONE LINGUISTICO CULTURALE E SUI BISOGNI FORMATIVI DEGLI OPERATORI

Gli **aspetti per i quali gli operatori auspicano un incremento di utilizzo** si riferiscono in particolare all' "accesso e utilizzo dei servizi" (23% di rispondenti), alle "attività mediche ed infermieristiche" (per entrambi il 15,9% di rispondenti) e alla "prevenzione e promozione della salute" (11,1% rispondenti). Tuttavia l'11,1% ritiene che non occorra incrementare l'utilizzo del servizio in quanto vi è una corrispondenza rispetto ai bisogni della struttura/ servizio.

Interessante è analizzare i dati relativi all'**utilità attribuita dai professionisti al servizio di mediazione**.

La maggioranza dei rispondenti (25 risposte) adduce a motivazioni di "interpretazione linguistica", seguita da motivazioni che potremmo definire di "comprensione unilaterale" (14 risposte), ossia alla necessità dell'operatore di comprendere l'utente (bisogni, domande, cultura ecc.) o di spiegarli i percorsi di accesso e informazioni importanti sul suo percorso di cura/dimissione/continuità assistenziale.

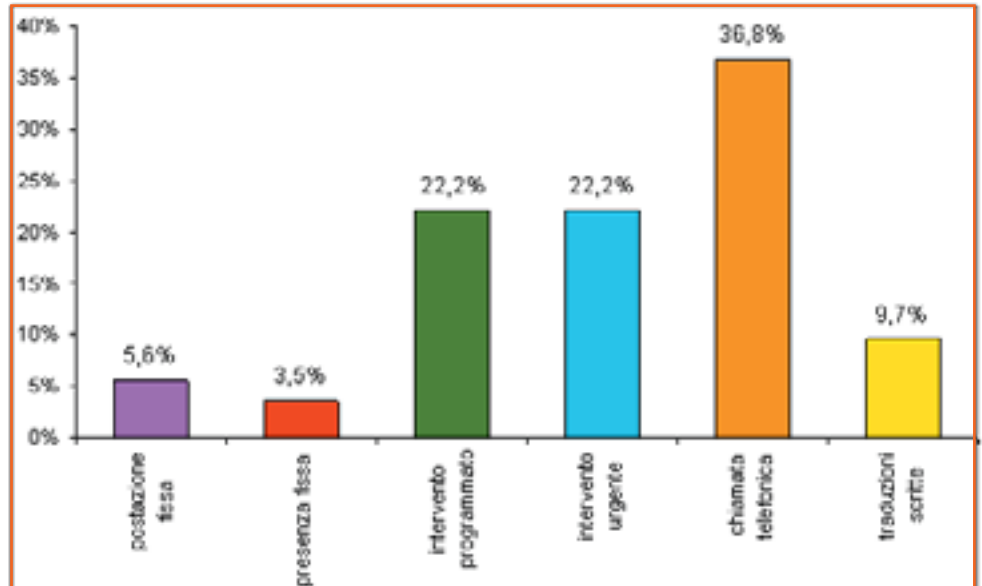
Sette risposte legano l'utilità della mediazione alla "comprensione bilaterale", ossia al miglioramento della comprensione reciproca anche rispetto a stili di vita, abitudini, regole.

Seguono motivazioni affini connesse al miglioramento della relazione, in termini di fiducia reciproca, compliance, dialogo e comprensione e, alla "certezza della comprensione" ovvero al senso di sicurezza ingenerato nell'operatore quando utilizza il servizio di mediazione poiché sa di trasmettere informazioni linguisticamente comprese dall'utente straniero. Inoltre l'utilità del servizio di mediazione è individuata:

- nel costituire un momento di promozione dell'empowerment dell'utente straniero che viene informato, orientato e reso consapevole delle opportunità e in generale del processo di cura;
- nel promuovere un miglioramento della qualità della prestazione fornita in termini di efficacia ed efficienza di utilizzo delle risorse umane, temporali ed economiche;
- nel fornire un sostegno agli operatori nelle svolgimento delle attività;

- nel migliorare la comprensione e di conseguenza lo "stato psicologico" del paziente straniero;
- nel promuovere l'integrazione culturale.

Secondo la percezione degli operatori, la frequenza con cui utilizzano le diverse modalità del servizio di mediazione si riferisce alle percentuali riportate nel seguente grafico:



La **valutazione delle mediatrici** rispetto alla "gentilezza e cortesia, alla capacità di mediare nel rapporto con l'utente e alla capacità di tradurre" è positiva, un po' meno lo è rispetto alla "prontezza a rispondere alle esigenze" (il 10.3% di rispondenti insoddisfatti).

Il 17% dei rispondenti afferma di riscontrare delle criticità nell'utilizzo del Servizio di mediazione mentre il 25% sostiene la necessità di cambiamenti. A tal proposito le **principali criticità e i suggerimenti** per migliorare il Servizio si riferiscono a:

- l'attivazione in urgenza, festivi, di notte;
- l'organizzazione del Servizio rispetto al potenziamento del numero di mediatrici e alle ore di presenza previste nei reparti o in postazione fissa, alla reperibilità telefonica anche di notte per le mediatrici reperibili solo di giorno;
- la sensibilizzazione degli operatori alla tematica;
- la pubblicizzazione del Servizio e delle sue potenzialità;
- la traduzione di materiale informativo, della lettera di dimissione, del consenso informato ecc. e la sottoscrizione da parte delle mediatrici di quanto tradotto;



RILEVAZIONE SULL'UTILIZZO DEL SERVIZIO DI MEDIAZIONE LINGUISTICO CULTURALE E SUI BISOGNI FORMATIVI DEGLI OPERATORI

- la formazione e l'aggiornamento costante dei professionisti;
- la definizione di un percorso preferenziale per le richieste del Pronto Soccorso;
- l'organizzazione di incontri periodici con il servizio di mediazione per condividere proposte e verificare la loro fattibilità.

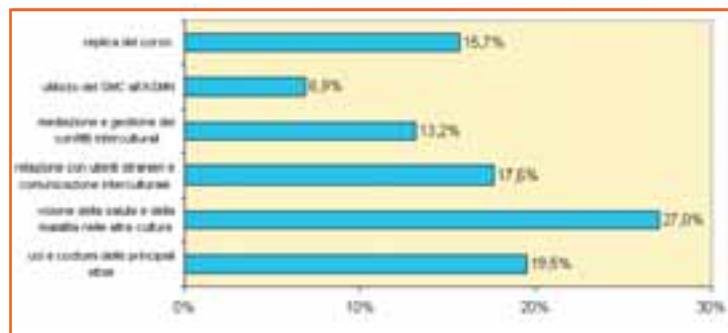
Rispetto alla formazione, il 91% dei rispondenti sostiene che il corso di formazione "Comprensione culturale e utenti stranieri: quali vie percorribili per migliorare la relazione" è stato utile per:

- migliorare la comprensione nell'ambito relazionale con l'utenza straniera;
- acquisire conoscenze rispetto alla "cultura" delle altre etnie e delle problematiche legate all'utenza straniera;
- acquisire strumenti ed informazioni utili nel lavoro;
- conoscere le potenzialità del Servizio di mediazione e le mediatrici;
- migliorare la sensibilizzazione degli operatori alla tematica ("Ha umanamente accresciuto il personale che ha preso coscienza del problema che si potrebbe presentare in un futuro prossimo", cita la risposta di un questionario).

Il 58% dei rispondenti, inoltre, sostiene che il corso di formazione sopraccitato ha avuto ricadute sulle modalità operative e che, in particolare, esse si sostanziano in un miglioramento:

- della relazione con utenti stranieri dovuta a un cambiamento di atteggiamento degli operatori
- della collaborazione e dell'utilizzo del Servizio di mediazione.

Il 75% dei rispondenti ha espresso il bisogno di formazione e aggiornamento in particolare tematiche rappresentate nel grafico seguente:



Conclusione

Il problema principale e prioritario degli operatori nel rapportarsi all'utenza straniera è di tipo linguistico e l'utilizzo del mediatore è principalmente legato a tale necessità.

Ciò induce a due riflessioni:

- persiste una mancanza di conoscenza diffusa rispetto alla funzione e al ruolo del mediatore;
- i problemi/criticità nella relazione con l'utente straniero sono avvertiti ancora come esclusivamente di tipo linguistico e non culturale.

L'attivazione del Servizio è a volte lasciata alla discrezionalità e alla sensibilità del singolo operatore e non sempre viene vista come elemento professionalizzante. Inoltre, spesso gli operatori denunciano difficoltà reali nell'attivazione del servizio dovute all'attuale modalità organizzativa.

I reparti che si avvalgono del servizio già in modo sistematico avvertono l'esigenza di incrementarne l'utilizzo.

Tale considerazione implica una sostanziale percezione positiva del servizio offerto e soprattutto dei vantaggi da esso derivati.

Anche reparti che ad oggi utilizzano limitatamente il servizio di mediazione riportano la necessità di avere maggiori informazioni, conoscenze su tali tematiche in quanto seppur attualmente non si confrontano con un'utenza numericamente rilevante, avvertono il bisogno di essere più orientati sulle caratteristiche e i bisogni di un'utenza potenziale e che comunque caratterizza sempre di più l'ambiente sanitario.

Pertanto, la richiesta di formazione e aggiornamento è diffusa e avvertita come pressante da molti operatori.

Loredana Cerullo
Ufficio Sistemi Qualità

Elisa Mazzini
Direzione Medica di Presidio



INSIEME SI VINCE

“Maestro non è colui che sa, ma colui che traccia per primo una strada sulla quale altri cammineranno”

Franco Angeli



Il 23 Ottobre a Firenze è stata consegnata ai rappresentanti ASMN, da parte della Associazione Italiana Formatori (A.I.F.), la targa di riconoscimento del secondo posto assoluto nel PREMIO BASILE 2008 VII edizione - per la sezione Processi Formativi. La relazione vincitrice è: “Partecipazione, desiderio e formazione: incontri possibili. La parola ai professionisti sanitari”, in

cui è stato descritto il progetto che ha coinvolto tutti i professionisti Sanitari dell’ASMN da gennaio 2006 a settembre 2007. AIF è l’Associazione dei formatori italiani che operano per la formazione. L’AIF crede fermamente nell’importanza dell’affidamento di coloro che operano per lo sviluppo dell’apprendimento delle Persone e delle organizzazioni e, con la settima edizione del Premio Basile, ha voluto esprimere il proprio impegno nell’evidenziare le eccellenze che contraddistinguono la Pubblica Amministrazione Italiana.

Il PREMIO BASILE – è stato indetto dall’Associazione Italiana Formatori, in onore di Filippo Basile, un Dirigente dell’Assessorato Agricoltura e Foreste della Regione Siciliana, assassinato il 5 luglio 1999. Filippo Basile credeva a tal punto nel po-



tere della promozione della formazione del personale nell’ottica di una crescita collettiva, da dare la vita per questa sua ferma convinzione: in ricordo di Filippo Basile è stato istituito tale Premio. Il Premio si propone di valorizzare e diffondere le migliori esperienze formative realizzate dalle Pubbliche Amministrazioni, per lo sviluppo delle Risorse Umane e per il miglioramento concreto dei servizi offerti ai cittadini. Il premio ricevuto dall’ASMN, è stato attribuito all’indagine sui bisogni formativi, valorizzando un progetto che è partito dal desiderio dei professionisti, con il principale obiettivo di creare una sinergia tra le esigenze dell’organizzazione e quelle dei professionisti stessi, perché la formazione sia una leva strategica di sviluppo professionale per l’intera Organizzazione, quindi per il cittadino. Il progetto premiato verrà presentato anche nella Vetrina delle Eccellenze 2009 che si terrà a Bologna, venerdì 12 giugno 2009 (insieme alle Candidature premiate di Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Veneto Marche).

Un ringraziamento particolare alla Rete della Formazione Aziendale e a tutti i Professionisti coinvolti!

Salvatore De Franco

Servizio Formazione,
Innovazione Clinica e Biblioteca

Marina Lemmi

Direzione Infermieristica,
Tecnica ed Ostetrica

Marzia Prandi

Direzione Infermieristica,
Tecnica ed Ostetrica

Alessia Salsi

Servizio Formazione,
Innovazione Clinica e Biblioteca



RICONOSCIMENTO SCIENTIFICO SULL'IPOACUSIA IMPROVISA (SHL)



Al XXXVIII Convegno Nazionale di Studi di Medicina Trasfusionale tenutosi a Rimini dal 24 al 27 Settembre 2008 è stato assegnato un riconoscimento scientifico SIMTI per il miglior lavoro presentato su argomenti inerenti "L'immunomodulazione in aferesi terapeutica" all'abstract **"Ipoacusia improvvisa (SHL): valutazione mediante studio di superiorità del trattamento con aferesi selettiva di LDL-colesterolo e fibrinogeno"** presentato in collaborazione con il Dott. Giovanni Bianchin dell'Otorinolaringoiatria.

L'SHL è un disturbo acuto dell'orecchio interno con perdita di udito di almeno 30 dB in 3 frequenze contigue. Una delle cause etiopatologiche principali è l'alterazione del microcircolo cocleare, dovuta alla presenza di fattori di rischio vascolare.

Alcuni di questi fattori (Fibrinogeno, LDL-Colesterolo) vengono rimossi mediante aferesi selettiva ripristinando

condizioni emoreologiche fisiologiche. Abbiamo valutato con uno studio di superiorità (con differenza limite > 50%) l'utilizzo dell'aferesi selettiva nel trattamento della SHL.

Sono stati trattati 50 pazienti tra i 18 e 80 anni con SHL insorta da non più di 7 giorni e valori di LDL-C > 120 mg/dl e Fibrinogeno > 250 mg/dl con una singola seduta di aferesi selettiva (HELPAferesi o Filtrazione a cascata) associata alla terapia standard (Glicerolo e Desametazone per 10 giorni).

È stato eseguito l'esame audiometrico all'ingresso, dopo 48 ore e dopo 6 settimane dal trattamento aferetico.

Il gruppo di controllo è stato trattato solo con terapia standard e valutato con gli stessi criteri temporali.

Tutti i pazienti inseriti nello studio avevano una simmetria uditiva prima dell'esordio dell'SHL.

Sono stati esclusi pazienti già trattati per perdita uditiva, con perdita uditiva conduttiva, malattia di Menière, patologie dell'orecchio medio, ipoacusie psicogene.

Dall'analisi dei dati audiometrici è stata riscontrata una differenza significativa (> 50%) nel gruppo trattato con aferesi rispetto al gruppo controllo in relazione ai decibel recuperati sia dopo 48 ore che dopo 6 settimane.

Riteniamo che l'utilizzo di una singola seduta aferetica di rimozione selettiva di fibrinogeno e LDL-C, rappresenti un importante vantaggio terapeutico nel trattamento di pazienti affetti da SHL selezionati per fattori di rischio emoreologici, quando sia affiancata alla terapia con glicerolo e desametazone.

Gianpaolo Russi

Servizio Immunoematologia e Trasfusionale



LA FORMAZIONE UNIVERSITARIA TRIONFA AL CONGRESSO!

Il Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia: soddisfazione e sfida per i TSRM del mondo sanitario che si occupano di didattica e ricerca, riflessioni sul 13° Congresso Nazionale TSRM.



Il 23-24-25 Ottobre a Riccione si è tenuto il 13° Congresso Nazionale TSRM, un interessante programma scientifico e costi di iscrizione ridotti hanno richiamato in Romagna 1700 professionisti sanitari e tantissimi studenti dei Corsi di Laurea.

Il comitato scientifico ha predisposto sessioni monotematiche di:

- Neuroradiologia
- Medicina Nucleare
- Radiologia Interventistica



- Amministratore dei Sistemi Informatici
- Didattica

La sessione didattica si è articolata in due parti:

- Una tavola rotonda tra l'onorevole Paola Binetti e i tecnici di radiologia medica coordinatori di corsi di laurea per discutere le criticità dell'attuale ciclo di formazione universitaria. La difformità evidenziata è un sistema formativo fortemente centrato su settori scientifico disciplinari insegnati dal professionista TSRM, ma con notevoli contraddizioni nel riconoscimento di questo ruolo da parte dell'università.

- Un corso monotematico sulla didattica nella professione TSRM con l'obiettivo di approfondire modelli educativo pedagogici centrati sull'apprendimento dall'esperienza.

I tecnici sanitari di radiologia medica che si occupano di formazione hanno partecipato numerosi riempiendo rapidamente la piccola sala, dalla quale molti colleghi sono rimasti esclusi.

I coordinatori dei corsi di laurea TRMIR di Trento, Rimini e Reggio Emilia hanno portato il proprio contributo, presentando lavori sul significato della tutorship nella formazione universitaria e sull'apprendimento di competenze relazionali per lo studente.

Noi tutor del corso di laurea TRMIR di Reggio Emilia abbiamo partecipato con un lavoro sulla valutazione dei risultati del processo formativo, focalizzando l'attenzione sul tirocinio.



L'elaborato ha messo in luce come il trasferimento sul lavoro degli apprendimenti e dei comportamenti sia fortemente influenzato dai contesti culturali e organizzativi delle unità operative in cui gli studenti fanno ti-



rocinio. Le due aziende sanitarie provinciali di Reggio Emilia, seguono infatti con attenzione la formazione delle guide di tirocinio, in quanto elemento chiave del processo formativo.

Il feed-back della platea ha dimostrato come i corsi tutor base e interprofessionali che sono una realtà consolidata e irrinunciabile per i professionisti sanitari della nostra provincia rappresentano un modello di riferimento di eccellenza.

L'elevato interesse dei tecnici di radiologia medica tutor e guide di tirocinio dimostra come competenze tecnico professionali trasversali di programmazione, erogazione e monitoraggio dei percorsi formativi debbano essere inserite in un progetto più ampio di formazione permanente.

Durante il congresso la federazione nazionale dei colleghi tecnici di radiologia medica, ha patrocinato una pubblicazione scientifica sul "core curriculum" come tappa fondamentale per l'analisi delle "core-competence" del tecnico sanitario di radiologia medica.

La formazione universitaria tra luci e ombre oggi è l'unica strada percorribile per lo sviluppo scientifico delle professioni sanitarie.

Infatti, l'università è in tutto il mondo riconosciuta per svolgere attività di ricerca con il fine di produrre nuove conoscenze nell'ambito sanitario.

"I professionisti sanitari cosa ne pensano....."

Massimiliano Contesini

Corso di Laurea Tecnici Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia



LE ABILITÀ RELAZIONALI NELLA RELAZIONE D'AIUTO E NELLA RELAZIONE TRA I PROFESSIONISTI



Il Centro Prelievi Unificato (CPU) del nostro Ospedale, nato circa due anni in seguito alla unificazione dei punti prelievo dei vari laboratori, è situato al piano zero dei Poliambulatori.

Ad esso accedono gli utenti attraverso due tipologie di percorso: la prenotazione tramite CUP e l'accesso diretto con l'impegnativa del medico, modalità che consente alle persone di presentarsi direttamente senza appun-



LE ABILITÀ RELAZIONALI NELLA RELAZIONE D'AIUTO E NELLA RELAZIONE TRA I PROFESSIONISTI



tamento tutti i giorni della settimana ad esclusione del sabato. La media giornaliera dell'utenza del CPU è di 350 persone concentrata in una fascia oraria ristretta che va dalle ore 7.30 alle ore 11 circa.

La coesistenza di due percorsi con peculiarità differenti, la struttura architettonica inadeguata per accogliere un flusso rilevante di persone, la contemporanea presenza dell'utenza dei Poliambulatori che aumenta il numero delle persone "in transito", producono nell'utenza malcontento, insofferenza e reazioni aggressive anche nei confronti dei professionisti che faticano a mantenere la "giusta distanza" che il ruolo richiederebbe.

IMPERATIVO RISPONDERE AL BISOGNO DI AFFRONTARE LA SITUAZIONE



L'evento formativo è nato da una esigenza sentita, condivisa e manifestata dagli operatori: affrontare e risolvere le difficoltà comunicative che rendono problematico il rapporto con il pubblico e allo stesso tempo appesantiscono il clima relazionale all'interno dell'equipe del Centro Prelievi.

Il clima organizzativo influiva negativamente sull'efficacia e l'efficienza del servizio offerto: era forte il bisogno

di "fare qualcosa". Sono stati pertanto contattati due consulenti per la formazione (Agenzia formativa Chi Soccorre i Soccorritori) che insieme a Marzia Prandi (Responsabile della Formazione Aziendale) e Cristiana Caffarri (Coordinatore infermieristico del CPU) hanno evidenziato gli elementi critici rilevati come causa di disagio, sia per i professionisti che per l'utenza.

Attraverso una ricostruzione del percorso dell'utenza, del profilo del gruppo e dei singoli professionisti è emersa una analisi dettagliata degli aspetti intrinseci al servizio che ha permesso di evidenziare i comportamenti conflittuali all'interno del gruppo, gli elementi critici, la ricchezza delle esperienze e provenienze professionali delineando il punto di partenza per la formulazione di una Proposta di Intervento Formativo.

L'EVENTO FORMATIVO

L'evento formativo si propone di attivare un processo di graduale e costante miglioramento delle abilità relazionali all'interno del gruppo e con l'utenza facendo leva su: uno sviluppo delle facoltà individuali, la costruzione di relazioni basate sul rispetto e fiducia, il favorire un processo di integrazione legato alla consapevolezza di agire su una professionalità capace di comprendere il gioco di squadra. La metodologia proposta dai formatori consiste nel creare insieme, attraverso una progettazione partecipata, una nuova filosofia di approccio all'attività quotidiana capace di raccogliere il contributo dei responsabili aziendali, dei consulenti esterni e di tutti i professionisti.

Il fine nobile implicito è di arrivare, attraverso un patto formativo con i partecipanti, a coinvolgere attivamente tutte le persone direttamente o indirettamente toccate dall'attività del centro prelievi per accrescerne la motivazione, svilupparne le potenzialità relazionali come elemento di coesione e crescita personale, sviluppare una maggiore consapevolezza degli obiettivi comuni a cui mirare e da ultimo, non per importanza, uscire da una logica di isolamento e logorio professionale incrementato dalla scarsa complessità assistenziale presente nella struttura.

Appare evidente che la ricchezza e complessità degli obiettivi messi in campo, non può esaurirsi con la fine dell'evento formativo descritto nel presente articolo, ma dovrà essere mantenuto e ripreso a più steep in un'ottica di rielaborazione, condivisione e miglioramento delle attività secondo un processo di analisi e metanalisi delle attività e dell'accaduto tipico dei circoli di qualità.

FASI DEL PERCORSO FORMATIVO

Il percorso formativo (17 Aprile - 30 Giugno 2008) si è sviluppato secondo uno schema articolato in quattro fasi:



1. Workshop di apertura

con i partecipanti e la presenza del Coordinatore e dei Responsabili Aziendali (solo nella fase di avvio); lo scopo era quello di mettere in contatto le persone, definire obiettivi e aspettative e formulare il patto formativo con i partecipanti.

2. Osservazione diretta sul campo:

presenza di due formatori durante lo svolgimento dell'attività allo scopo di osservare, con approccio fenomenologico, ciò che accade nella pratica quotidiana quando i professionisti interagiscono con il pubblico, quando e come si relazionano con le diverse persone, come si rapportano con i colleghi, con quali modalità affrontano le situazioni problematiche.

Gli elementi raccolti hanno permesso ai formatori di effettuare una progettazione del percorso formativo rispondente alle reali esigenze rilevate e condivise.

3. Laboratori di apprendimento (quattro incontri di 3 ore e mezzo ciascuno) come luogo dove imparare facendo pratica. E' stato possibile creare condizioni favorevoli ad una presa di coscienza individuale delle singole abilità relazionali e di quelle che caratterizzano il lavoro di gruppo; sono state fatte delle simulazioni al fine di esplorare nuove possibili soluzioni, stimolando la capacità di collaborazione del gruppo e, allo stesso tempo, favorire l'apporto creativo del singolo.

4. Workshop di chiusura con la presenza del Coordinatore e dei Responsabili Aziendali come momento di riflessione e di elaborazione dell'esperienza individuale e di gruppo, consentendo la condivisione degli esiti delle attività prodotte dal gruppo e la valutazione di ciò che è cambiato sul piano delle abilità di relazione rispetto all'inizio del percorso.

La partecipazione al corso è stata elevata e i questionari di gradimento hanno evidenziato, da un lato, entusiasmo ed apprezzamento per il lavoro svolto, dall'altro, il desiderio di continuare il percorso intra-



preso considerando l'evento come il punto di partenza di una cammino insieme.

I RISULTATI RAGGIUNTI: "È SOLO L'INIZIO"

Il clima relazionale dell'equipe del CPU è migliorato in termini di maggior confronto e maggiore collaborazione tra gli operatori che cercano insieme delle soluzioni ai problemi; problemi che vengono maggiormente vissuti come un problema della squadra più che del singolo operatore.

Anche il clima appare migliorato in termini di distensione e comportamenti meno oppositivi e conflittuali; in definitiva si colgono globalmente segnali di netto miglioramento delle relazioni all'interno del gruppo.

Pure nei confronti dell'utenza si hanno positivi segnali di maggior contenimento delle situazioni conflittuali.

Il vero problema diventa ora come mantenere quanto raggiunto in termini di condivisione, rispetto ed aspettative facendo i conti con i tempi, i vincoli e le richieste tipiche dell'organizzazione.

Come ha sintetizzato un partecipante nel giudizio globale del corso: è l'inizio di una grande lavoro!

**Cristiana Caffarri
Roberto Caroli**
Direzione Infermieristica,
Tecnica ed Ostetrica



CONCORSO DI IDEE

SULLA DONAZIONE DI SANGUE PER LE CLASSI IV E V DELLE SCUOLE SECONDARIE SUPERIORI DELL'EMILIA-ROMAGNA



1 Che cos'è Red Submarine?

"Red Submarine – il talento ce l'hai nel sangue: fallo emergere"
è un concorso di idee rivolto a tutti gli studenti delle ultime classi
delle superiori sulla **donazione di sangue**:
un sottomarino rosso ti invita ad esprimere
la tua creatività su questo tema.

2 Come partecipare?

È semplice. Come comunicheresti ai tuoi coetanei l'importanza
della donazione di sangue, della solidarietà, **dell'altruismo**,
attraverso il progetto di un videoclip di 30 secondi?

Quando ti è venuta una buona idea basta
darle forma: puoi presentarla come un breve filmato fatto
con il telefonino o con una videocamera.

Ma puoi anche presentare un **testo scritto, una sceneggiatura**
con testi, disegni o foto, dialoghi, musica...

3 Chi vince?

Vinceranno **le idee più originali**, forti e aderenti al tema.
Una giuria di esperti valuterà i lavori e deciderà quali sono
i 9 più significativi, uno per provincia, e fra questi nove sceglierà
poi il migliore assoluto.

4 Cosa si vince?

Gli autori e le autrici dei 9 lavori scelti riceveranno
in premio **una videocamera; il lavoro migliore in assoluto
verrà prodotto e distribuito nel Circuito cinema regionale**.
La premiazione avrà luogo i primi di giugno nell'ambito delle iniziative
della Giornata nazionale del donatore di sangue.

5 Scadenza

I lavori devono essere presentati
entro il **30 aprile 2009**

> via e-mail: infoconcorso@donaresangue.it

> via posta: presso NOUVELLE
Via Roma, 41 40061 Minerbio BO

6 Informazioni e aggiornamenti

Bando completo e tutte le info
su **www.donaresangue.it**

7 Segreteria organizzativa

Tel. 333 7351050 Silvia Carloncini
e-mail: infoconcorso@donaresangue.it

8 Contribuisci a diffondere la cultura della donazione di sangue!

Il concorso non finisce qui perché si ripeterà per tre anni!
La tua idea, quindi, non andrà perduta
ma servirà a sensibilizzare gli studenti che parteciperanno
nei prossimi anni e contribuirà a diffondere sempre
più nei giovani **l'importanza di un gesto semplice
e necessario come il dono di sangue**.

Neri Marcorè



"Contribuisci a diffondere
la cultura della donazione del sangue!
Partecipa anche tu!"



DONARE SANGUE
Semplicemente importante.