



ARCISPEDALE
SANTA MARIA NUOVA

AZIENDA OSPEDALIERA
REGGIO EMILIA

Regione Emilia-Romagna

Notizie

Dipartimento Patologia Clinica

**Continua il progresso sulla via
del Sistema per la Qualità
Clinica dei Centri
per il Monitoraggio della Terapia
Anticoagulante Orale**

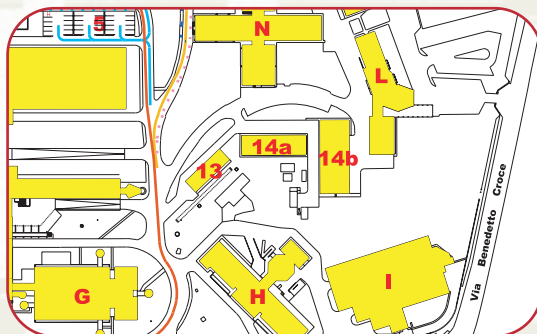
pag. 6



L'ampliamento del nostro ospedale

**L'evoluzione
del complesso ospedaliero**

pag. 11



Scienze Infermieristiche

**Le tesi del primo
corso universitario di
perfezionamento in counseling**

pag. 24



Dipartimento Area Medica 1A

**Cosa è la Medicina
Basata sulle Evidenze**

pag. 28



SOMMARIO

Aprile / Maggio 2003

- Pag. 3** *Dipartimento Area Chirurgica 1A*
**L'applicazione pratica del Governo Clinico:
La Rete Provinciale della Gastroenterologia
ed Endoscopia Digestiva**
- Pag. 6** *Dipartimento Patologia Clinica*
**Continua il progresso sulla via del Sistema
per la Qualità Clinica dei Centri per il
Monitoraggio della Terapia Anticoagulante Orale**
- Pag. 7** *Ufficio Relazioni con il Pubblico*
Rinnovo del Comitato Consultivo Misto
- Pag. 8** *Dipartimento Materno Infantile*
**Rianimazione neonatale:
nuove prospettive nella pratica clinica**
- Pag. 9** *Area Tecnologica Scientifica*
**La firma digitale: si apre l'era dei documenti
elettronici senza l'uso della carta**
- Pag. 11** *L'ampliamento del nostro ospedale*
L'evoluzione del complesso ospedaliero
- Pag. 19** *Comitato Etico*
Il Comitato Etico dell'Arcispedale
- Pag. 24** *Scienze Infermieristiche*
**Le tesi del primo corso universitario
di perfezionamento in counseling**
- Pag. 27** *Servizio Prevenzione e Protezione*
**Migliora il lavoro = Migliora l'assistenza
Si riduce il rischio di movimentazione manuale**
- Pag. 28** *Dipartimento Area Medica 1A*
Cosa è la Medicina Basata sulle Evidenze
- Pag. 30** *Ricerca & didattica*
**Progetto Web Community
Laboratorio di innovazione
dell'Ospedale di Montecchio**
- Pag. 32** *Ufficio Relazioni con il Pubblico*
Campagna regionale sulla donazione del sangue

NOTIZIE

PERIODICO BIMESTRALE
dell'ARCISPEDALE S. MARIA NUOVA
di REGGIO EMILIA
Reg. Trib. di Reggio E. n. 940 del 11/02/97
ANNO IX - 2003 - N. 2
Spedizione in abbonamento postale
art. 2 comma 20/c legge 662/96.
Filiale di Reggio Emilia

Direttore Responsabile

Barbara Curcio Rubertini

Comitato di Redazione

Sergio Bronzoni / Servizio Tecnologie Informatiche
Claudia Cagossi / Dip. Area Chirurgica 2A
Sonia Ceccarelli / Servizio Logistico Alberghiero
Teresa Coppola / Comitato Etico
Lidia Fares / Servizio di Farmacia
Lorenzo Fioroni / Dip. Amministrativo
Giovanni Guatelli / Servizio Prevenzione e Protezione
Monica Guberti / Servizio Infermieristico e Tecnico
Rita Iori / Biblioteca Medica
Cristiana Magnani / Dip. Materno Infantile
Massimo Magnani / Servizio Attività Tecniche
Orienna Malvoni / Dip. Area Chirurgica 1A
Paolo Marconi / Dip. Emergenza Urgenza
Massimo Pantaleoni / Dip. Area Critica
Vando Piccagli / Area Tecnologica Scientifica
Luigi Rizzo / Direzione Sanitaria
Maria Ravelli / Autorizzazione/Accreditamento
Guglielmo Rossi / Dip. Area Medica 2A
Barbara Curcio Rubertini / Servizio Sviluppo Organizzativo
Lidia Scalabrini / Responsabile "Arianna Line"
Luigi Serra / Dip. Onco-Ematologico
Luigi Vecchia / Dip. Patologia Clinica
Michele Zini / Dip. Area Medica 1A
Dip. Diagnostica per Immagini

Hanno collaborato a questo numero

Giovanna Artioli
Giuliano Bedogni
Paolo Boschini
Antonino Cartabellotta
Barbara Curcio Rubertini
Giovanni Guatelli
Gruppo Interaziendale della Rete Provinciale
di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
Rita Iori
Alfonso Iorio
Cristiana Magnani
Massimo Magnani
Nicola Magrini
Enzo Mazzi
Rita Montanari
Alessandro Navazio
Antonella Parisoli
Mirco Pinotti
Giancarlo Pisi
Italo Portioli
Maria Grazia Puzio
Angela Saffiotti
Paolo Santini
Romano Passatelli
Michele Zini

Progetto Grafico

Scriba - Forlì

Sede Redazione

Via L. Sani, 15 - 42100 R.E.
Tel. 0522/296835-296836 - Fax 0522/296843
E-mail: redazione.notizie@asmn.re.it

Stampa

Stabilimento Tipografico dei Comuni
S. Sofia di R. - FC

*Questo giornale non inquina,
utilizza carta ecologica
non trattata con cloro*

L'applicazione pratica del Governo Clinico: la Rete Provinciale della Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva

A cura di:

Dott. Giuliano Bedogni *Direttore UO di Endoscopia Digestiva, Direttore del Primo Dipartimento Chirurgico*

Dott. Romano Sassatelli *Dirigente Gastroenterologo, UO di Endoscopia Digestiva, referente Dipartimentale Clinical Effectiveness Unit*

Dott.ssa Barbara Curcio Rubertini *Direttore Ufficio Sviluppo Organizzativo*

Dott.ssa Debora Formisano *Statistico, Ufficio Sviluppo Organizzativo*

Dott. Mirco Pinotti *Dirigente Medico Direzione Sanitaria, referente Clinical Effectiveness Unit Arcispedale Santa Maria Nuova per la Direzione Medica di Presidio*

Dott. Antonino Cartabellotta *Responsabile del Gruppo Italiano Medicina Basata sulle Evidenze (GIMBE®) e il Gruppo Interaziendale della Rete Provinciale di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva*

Il Governo Clinico è, in estrema sintesi, un sistema per migliorare lo standard della pratica clinica.

In questa definizione sono contenuti importanti elementi di discussione. Per prima cosa si richiede che vi debba essere un sistema. La nostra Azienda non è certamente nuova rispetto ad esperienze orientate alla qualità delle prestazioni erogate. Da poco tempo però questa attenzione si è strutturata in modo sistematico: è stata istituita la Clinical Effectiveness Unit, che altro non è che un gruppo multidisciplinare di professionisti, a livello provinciale, che hanno seguito un percorso formativo specifico e che ora si mettono a disposizione delle esigenze cliniche di altri professionisti e di quelle organizzative delle due Aziende (ASMN e AUSL).

L'utilizzazione ottimale di esperienze precedenti, l'integrazione con altre reti esistenti all'interno dell'azienda (quali l'accreditamento, la formazione, ecc.), la gestione di nuove risorse: riteniamo che oggi sia questo il sistema del Governo Clinico nell'ASMN.

Il miglioramento fa parte da sempre degli obiettivi di chi opera in sanità. Pur rappresentando, apparentemente, solo un diverso livello rispetto al mantenimento della pratica corrente, esso è concettualmente qualcosa di totalmente diverso. Le evidenze disponibili in medicina, subiscono quotidianamente un incremento esponenziale, le tecnologie in uso sono sempre maggiori e più complesse. Ne deriva una sfida quotidiana per il professionista (a tutti i livelli: dal singolo clinico al decisore aziendale e oltre) che rischia ogni giorno di percorrere una pratica obsoleta, purtroppo anche senza nemmeno accorgersene.

E così siamo giunti allo standard della pratica clinica. Come è possibile identificare, oggi, lo standard di riferimento per una specifica pratica clinica? Gli strumenti di base della ricerca e della valutazione critica delle evidenze devono essere messi a disposizione di tutti. Per chi vuole o può farlo i mezzi culturali ed informatici sono ampiamente disponibili. Per chi non riesce a farlo può richiedere il supporto dei professionisti con competenze ad hoc.

Ma come può, il Governo Clinico, ottenere questo auspicato miglioramento dello standard della pratica clinica? Può farlo grazie a molti strumenti, tra i quali:

- Formazione e training
- Audit clinico
- Identificazione dell'efficacia clinica

Questi sono elementi certamente critici e per questo si è scelto di procedere con un percorso di formazione della Rete Provinciale di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva al fine di acquisire le competenze metodologiche e tecniche per l'elaborazione di un progetto provinciale di Clinical Governance in area endoscopica.

Perché l'istituzione di questa Rete?

Le patologie dell'apparato digerente stanno diventando ormai un problema prioritario in termini epidemiologici, di spesa, di soddisfazione dell'utente. In questo contesto le Unità Operative/Servizi provinciali di endoscopia digestiva si trovano quotidianamente in prima linea a dover fronteggiare questi problemi.

Dal punto di vista epidemiologico le patologie benigne in gastroenterologia hanno assunto un carattere prioritario, rilevante e frequente. Le problematiche legate alla malattia da reflusso ed alla corretta gestione del paziente con infezione da *Helicobacter pylori*

sono quotidiane negli ambulatori di cure primarie e specialistiche. Inoltre, il carico di sofferenza legato alle patologie maligne è molto elevato visto che ogni anno nella nostra provincia vengono diagnosticati oltre 300 nuovi casi di tumori del colon-retto. Oltre alla quantità dell'impatto se ne deve considerare la qualità: questo tumore è evitabile e guaribile se la diagnosi del tumore stesso o delle lesioni preneoplastiche viene fatta in tempo.

Ovvia conseguenza di tali dati epidemiologici è la spesa sanitaria, che purtroppo in endoscopia risulta spesso inappropriata. Per finire, ma non per questo di scarsa importanza, c'è il problema dell'insoddisfazione dell'utente. Quando la domanda è (giustamente) elevata ma (purtroppo spesso) inappropriata il risultato è quello di una difficile gestione delle liste d'attesa (termine che poi, in ulti-

ma analisi, definisce le giuste attese di salute dei cittadini).

Per fronteggiare queste problematiche, come gruppo provinciale abbiamo fatto un'analisi preliminare dell'attuale situazione, sottolineando alcuni aspetti critici:

- l'elevata richiesta, in crescita in questi anni soprattutto per quanto concerne le colonscopie
- la disomogeneità dell'offerta/erogazione: nella nostra Provincia ci sono, oltre al Santa Maria Nuova, altri cinque centri di erogazione di prestazioni endoscopiche; questi centri spesso non sono omogenei per quanto riguarda il percorso del paziente con patologia digestiva;
- le nuove tecnologie / le nuove richieste. In endoscopia digestiva le nuove tecnologie sono in enorme espansione, basti pensare al ruolo della ecoendoscopia o a quello della videocapsula endoscopica, per citare solo le

più recenti.

- la conseguente necessità di rimodulazione / integrazione. Da quanto abbiamo esposto è ovvio che deriva la necessità di integrare l'attività di questi centri in modo virtuoso, attraverso la condivisione di modelli culturali, di linee guida, di procedure.

Vi mostriamo le tappe di questo percorso di formazione/intervento che è stato strutturato grazie alla collaborazione del Dott. Antonio Cartabellotta e al quale partecipano sia medici che infermieri, oltre ad altre figure professionali coinvolte nella pianificazione dell'audit.

Programma delle giornate

I giornata: 27/2/2003

*Introduzione
alla Clinical Governance*



Gruppo di lavoro

II giornata: 12/3/2003
 Gli standard assistenziali: linee guida e technology assessment report

III giornata: 27/3/2003
 Il Clinical Audit ed i sistemi di valutazione della performance clinica

IV giornata: 16/4/2003
 Gli indicatori di struttura, di processo e di esito

Come si può notare il lavoro del gruppo provinciale è già iniziato e da subito è parso proficuo e stimolante, oltre che piacevole sul piano umano. Queste giornate danno l'opportunità di un confronto tra i professionisti che oltre a condividere le stesse problematiche, già da anni si trovano praticamente "in rete" anche se non in modo evidente e strutturato.

Le ricadute più importanti che possiamo prevedere dal percorso iniziato sono così riassumibili:

- possibilità per l'utente di fruire di una offerta omogenea di prestazioni endoscopiche sul territorio;
- possibilità di avere una rete organizzata e omogenea sul piano qualitativo per fronteggiare lo screening del cancro coloretale;
- possibilità di condividere nuovamente con i Medici di Medicina Generale i criteri di appropriatezza.

Questo è il Governo Clinico della rete provinciale gastroenterologica.

Lista partecipanti corso EBM Gastroenterologia della provincia di Reggio Emilia

Direttore del corso:

Dott. Giuliano Bedogni (Direttore dell'Endoscopia Digestiva - ASMN)

Docente:

Dott. Antonino Cartabellotta (GIMBE)

Tutor:

Dott. Romano Sassatelli (Endoscopia Digestiva - ASMN)

Ospedale	Unità operativa	Partecipante
Scandiano	Chirurgia	Dott. Fabio Fabbian
	Chirurgia	Dott. Roberto Sacchero
		I.P. Fabrocini Settimia
Montecchio	Chirurgia	Dott. Stefano Bronzoni
	Chirurgia	Dott. Luigi Pastore
		I.P. Guatteri Stefania
Castelnuovo Monti	Chirurgia	Dott. Giancarlo Leoni
	Chirurgia	Dott. Francesco Azzolini
		Dott. Lorenzo Camellini
		Dott. Tarcisio Berri
		I.P. Fioroni Cecilia
Guastalla/Correggio	Chirurgia	Dott. Eugenio Cudazzo
	Chirurgia	Dott. Lorenzo Mariani
	Direzione Sanitaria	Dott. Andrea Gigliobianco
		I.P. Benevelli Cristina
		I.P. Malavasi Morena
ASMN	Endoscopia Digestiva	Dott. Giuliano Bedogni
		Dott.ssa Maria Grazia Mortilla
		Dott. Giorgio Bertoni
		Dott.ssa Rita Conigliaro
		Coord. Inf. Elena Fontana
		I.P. Fabrizia Formentini
		I.P. Rosanna Monticelli
Direzione Medica di Presidio	Dott. Mirco Pinotti	
Servizio Sviluppo Organizzativo	Dott.ssa Debora Formisano	

Continua il progresso sulla via del Sistema per la Qualità Clinica dei Centri per il Monitoraggio della Terapia Anticoagulante Orale

A cura di: **Dott.ssa Antonella Parisoli** Laboratorio Analisi Chimico Cliniche
Dott. Alfonso Iorio Sezione di Medicina Interna e Cardiovascolare Dipartimento di Medicina Interna Università di Perugia

Due nuovi traguardi sono stati raggiunti dal gruppo di lavoro per la realizzazione di un Sistema Qualità Totale per i Centri per il Monitoraggio della Terapia Anticoagulante Orale, costituito dai Centri di Cremona, Perugia e Reggio Emilia.

Brevemente ricordiamo che il gruppo è nato tre anni fa raccogliendo l'esperienza di un gruppo di lavoro dell'FCSA (Federazione dei Centri per la Sorveglianza della Terapia Anticoagulante Orale) coordinato dal dr Gabriele Rinaldi, allora dirigente di primo livello presso il nostro Dipartimento di Patologia Clinica. Sin dall'inizio il gruppo scelse Reggio Emilia come sede stabile d'incontro, sia per la posizione geografica, sia soprattutto per la disponibilità del personale coinvolto a svolgere tutto il lavoro di raccordo tra i centri.

Il dr. Accardo Pietro, il dr. Tonelli Luciano del Dipartimento di Patologia Clinica assieme al dr. Angelo Ghirarduzzi del Dipartimento Medico I con la collaborazione dei tecnici che lavorano nel settore coagulazione del Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e del personale infermieristico del Centro Prelievi addetto ai prelievi dei pazienti scoagulati, hanno egregiamente continuato tale attività; infatti già nel 2002 vennero conseguiti i primi risultati, con gli audit volontari presso il centro di Reggio Emilia e Cremona, con la presentazione delle linee guida e dei risultati preliminari del lavoro al meeting annuale FCSA tenutosi ad Abano Terme nella primavera 2002.

Successivamente, il gruppo ha consolidato il lavoro fatto con ulteriori quattro incontri e ha completato il primo ciclo di audit con la visita del

Centro di Perugia il 3 marzo 2003. Hanno preso parte alla visita il dr. Adriano Alatri del Centro di Cremona per la parte medica, il tecnico di laboratorio Nerina Bonacini per la parte tecnica e le infermiere Cristina Franzoni, Cristina Odescalchi e Ombretta Fontana per la parte infermieristica del Centro di Reggio Emilia. La visita, pur nella sua breve durata, ha messo in evidenza la grande esperienza maturata dal nostro personale sia nella capacità di relazione con i colleghi, sia nella capacità di analizzare i flussi di lavoro, i punti di forza e le criticità dei servizi. Oltre all'apprezzamento ricevuto a caldo, abbiamo ricevuto positivi commenti e ringraziamenti dai colleghi dell'Università di Perugia a seguito dell'invio del verbale della visita ispettiva, redatto dagli ispettori sotto la supervisione della dr.ssa Antonella Parisoli, coordinatrice del gruppo.

Altro positivo traguardo sono stati gli apprezzamenti ricevuti per il lavoro fatto al recente meeting annuale dell'FCSA, ad Abano Terme, ove il dr Alfonso Iorio ha presentato a nome di tutto il gruppo il resoconto dell'attività dell'anno ed ha annunciato il I corso di formazione per la strutturazione del sistema qualità dei Centri per il Monitoraggio della Terapia Anticoagulante Orale, che si terrà presso la nostra Azienda, a Rocca Saporiti, il 22 ottobre 2003. Dei 20 posti messi a disposizione, la metà sono già stati prenotati durante il convegno, indicando l'interesse che l'iniziativa ha suscitato a livello nazionale.



Barbara Bertoli (Tecnico), Nerina Bonacini (Tecnico), Maurizia Brioni (Tecnico), Cristina Franzoni (Infermiera), Dott.ssa Annalisa Pilia, Dott. Marco Dincà

Rinnovo del Comitato Consultivo Misto

A cura di:
Maria Grazia Puzio Ufficio Relazioni con il Pubblico
Dott.ssa Marina Ferrari Responsabile Ufficio Relazioni con il Pubblico

Cos'è

Il 3 marzo 2003 è stato rinnovato il Comitato Consultivo Misto dell'Arcispedale Santa Maria Nuova. Il Comitato Consultivo Misto opera all'interno delle aziende sanitarie quale organismo privilegiato per la rilevazione ed il miglioramento della qualità dei servizi dalla parte del cittadino. Al Santa Maria Nuova il C.C.M. esiste sin dal 1995 ed è composto in maggioranza da membri di associazioni di volontariato e da referenti aziendali. La composizione del neo comitato è la seguente:

Rappresentanti Associazioni

- Area Volontariato Ospedaliero e Domiciliare Davino Beneventi
- Area Disabilità Luigi Bertolotti
- Area Sensibilizzazione Donazione e Tutela Franco Gualdi
- Area Autotutela Giovanni Montessori
- Area Promozione, Educazione e ricerca Sanitaria Anna Maria Montanari
- Area Patologie Croniche Vittorina Sottiletta
- Valeria Vallery

Rappresentanti Aziendali

- Responsabile Ufficio Relazioni con il Pubblico Marina Ferrari
- Servizio Infermieristico e Tecnico Tiziana Iaccheri
- Direzione Medica di Presidio Davide Panella
- Recupero e Rieducazione Funzionale Paolo Simonazzi

Il C.C.M. si propone di favorire la partecipazione dei cittadini ai processi decisionali aziendali per quanto attiene gli aspetti relativi al miglioramento della qualità dei servizi e della comunicazione fra la struttura sanitaria e gli utenti; diffondere la conoscenza e la partecipazione, promuovendo progetti di educazione alla salute anche attraverso il coinvolgimento delle diverse Associazioni di tutela e volontariato.

L'8 aprile, in occasione della seduta di insediamento, il Comitato ha designato quale proprio Presidente la Dr.ssa Valeria Vallery, il Sig. Davino Beneventi è Vice Presidente e la Dr.ssa Marina Ferrari quale Segretario.

Il Comitato Consultivo Misto può essere contattato presso:

Arcispedale Santa Maria Nuova
 Segreteria Generale
 Comitato Consultivo Misto
 Via Sani, 15 42100 Reggio Emilia
 Tel. 0522/296834 Fax 0522/296837
 e-mail: marina.ferrari@asmn.re.it



Seduti da sinistra verso destra:
 Sig. Luigi Bertolotti,
 Dott. Luigi Rizzo,
 Sig. Davino Beneventi,
 Sig. Giovanni Montessori,
 Dott. Franco Gualdi.
 In piedi da sinistra verso destra:
 Dr.ssa Valeria Vallery,
 Sig.ra Anna Maria Montanari,
 Dr.ssa Marina Ferrari,
 Sig.ra Tiziana Iaccheri,
 Sig.ra Maria Grazia Puzio,
 Sig.ra Vittorina Sottilotta

Rianimazione neonatale: nuove prospettive nella pratica clinica

A cura di:

Dott.ssa Cristiana Magnani *Responsabile Neonatologia*



In giugno e in novembre 2003 si terranno a Palazzo Rocca Saporiti due corsi di rianimazione neonatale indirizzati a medici pediatri, neonatologi ed ostetrici della nostra Azienda. Obiettivo del prossimo anno sarà l'estensione del corso al personale infermieristico ed ostetrico che frequenta la sala parto.

Obiettivo del corso è quello di uniformare l'approccio al neonato asfittico in sala parto, affrontando in maniera approfondita gli aspetti rianimatori riguardanti l'uso dell'ossigeno, la ventilazione con pallone e maschera, il massaggio cardiaco, l'intubazione endotracheale e l'uso dei farmaci in urgenza.

Il corso avrà come docenti due istruttori regionali di rianimazione neonatale, la dott.ssa Cristiana Magnani, responsabile dell'Unità di Neonatologia e Patologia Neonatale del nostro ospedale e il dottor Fabrizio Sandri, neonatologo dell'Ospedale Sant'Orsola di Bologna e coordinatore del gruppo regionale.

Il corso sarà rivolto a 12 medici per sessione e sarà articolato ogni volta in due giornate "full immersion" con lezioni teoriche, approfondimenti e discussione su ogni singola lezione, prove pratiche su manichino e valutazione su ogni singola lezione e finali.

Ai partecipanti sarà consegnata l'ultima edizione del Testo di Rianimazione Neonatale, un attestato rilasciato dalla Società Italiana di Neonatologia e crediti formativi E.C.M.

Chi desidera iscriversi può contattare telefonicamente la segretaria della Pediatria, signora Nilla, allo 0522-296202; le iscrizioni saranno accettate in ordine di arrivo.



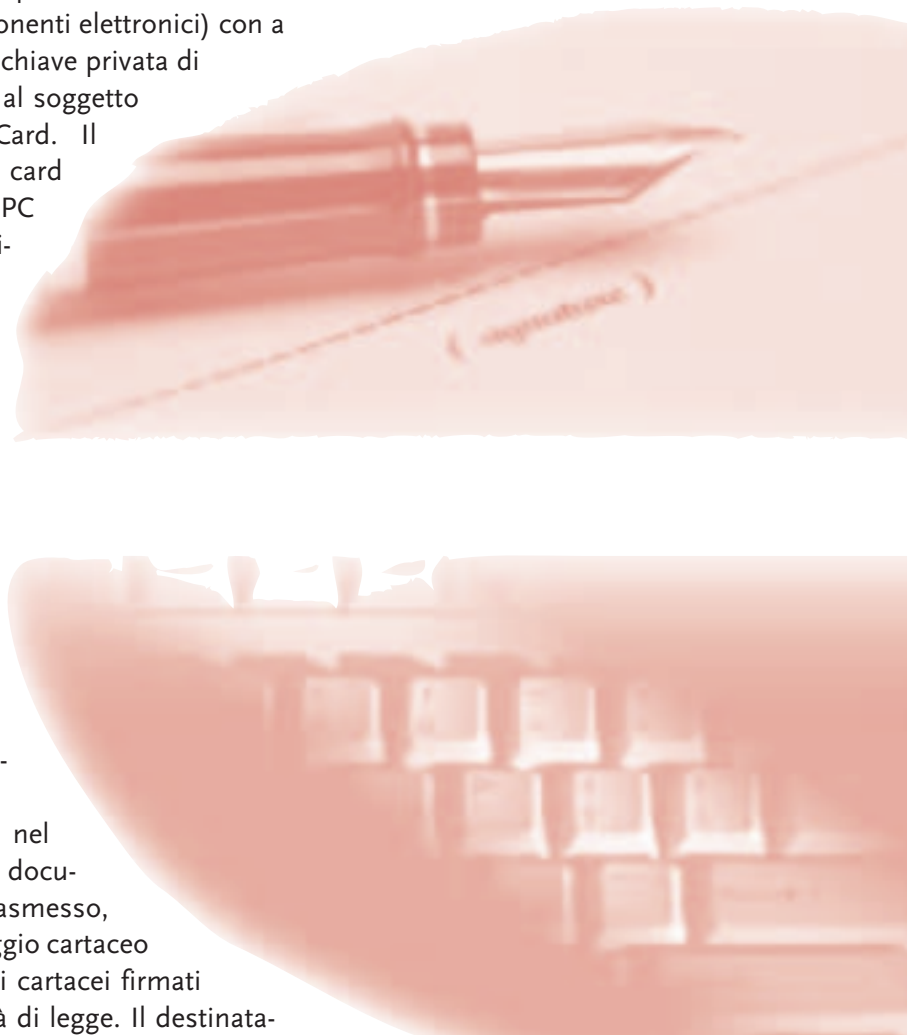
La firma digitale: si apre l'era dei documenti elettronici senza l'uso della carta

A cura di:
Giancarlo Pisi Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche

Cos'è la Firma Digitale: è un procedimento elettronico conforme ai disposti di Legge, per attestare che un determinato documento elettronico è stato validato con certezza dal suo firmatario in modo tale che risulti inoppugnabile e valido a tutti gli effetti di legge. Con esso il firmatario trasforma il documento elettronico (es.file di Word) in un file di formato speciale con estensione ".p7m" attraverso un procedimento elettronico di cifratura che impiega la chiave di cifratura privata univoca, assegnata al firmatario da una Autorità di Certificazione riconosciuta dal Ministero per l'Innovazione Tecnologica. Questa Autorità assume la funzione di "notariato elettronico". I componenti del procedimento sono forniti in kit dalle Autorità di Certificazione e sono: un programma apposito, una Smart Card (scheda in plastica delle dimensioni di una carta di credito, contenente componenti elettronici) con a bordo il Certificato di identità e la chiave privata di cifratura assegnati dalla Autorità al soggetto intestatario e il lettore di Smart Card. Il programma e il lettore di smart card debbono essere installati su un PC destinato ad eseguire il procedimento di firma. Il file firmato ".p7m" può essere inviato al destinatario come allegato di posta elettronica. Il destinatario del documento, mediante lo stesso programma, apre il file ".p7m" all'interno del quale può vedere il documento elettronico e la sua attestazione di firma (il certificato) fornita dalla Autorità di Certificazione. Nell'apertura del file firmato è incluso un controllo di integrità del file stesso, che ne evidenzia l'eventuale alterazione.

Cosa consente la Firma Digitale: nel procedimento sopradescritto, il documento viene prodotto, firmato, trasmesso, ricevuto e letto senza alcun passaggio cartaceo pur avendo, al pari dei documenti cartacei firmati con firma autografa, piena validità di legge. Il destina-

rio infatti non può ripudiare il documento elettronico dotato di firma digitale. Esso costituisce la copia originale e la sua riproduzione in cartaceo (la stampa) è priva di valore legale. Ne consegue che la Firma Digitale consente, o meglio consentirà, di sopprimere la carta. Il futuro è d'obbligo poiché debbono prima maturare molte altre condizioni.



Cosa manca ancora perché la FD soppianti il cartaceo: molte condizioni si debbono ancora realizzare affinché si possa abbandonare l'uso della carta:

- in ambito nazionale la legislazione è molto avanzata e ben definita (L'Italia si è collocata in posizione d'avanguardia per quanto riguarda la legislazione) ma non altrettanto in ambito internazionale; le modalità tecniche stabilite dalle varie legislazioni sono differenti e i formati elettronici non sono interoperabili.
- Anche in ambito nazionale manca ancora una perfetta interoperabilità tra i vari Certificatori. Interoperabilità significa che con un programma di uno di essi si può aprire e verificare le firme di tutti gli altri e viceversa che le firme prodotte da questo programma possono essere aperte e verificate dai programmi di apertura/verifica di tutti gli altri Certificatori. I limiti attuali riguardano il sistema di marcatura temporale che assicura validità eterna al documento firmato e le Certificate Revocation List dei Certificatori (lista delle sospensioni e revoche dei certificati di firma digitale).
- Occorre compiere investimenti cospicui sui sistemi di memoria che conservano i documenti elettronici con firma digitale, per aumentarne capacità, velocità e il livello di sicurezza contro la perdita dei dati e delle interruzioni del servizio.
- Occorre che si diffonda massivamente l'utilizzo degli strumenti informatici e l'utilizzo della firma digitale: fino a quel momento l'efficacia della Firma Digitale non dispiega pienamente la sua forza. Per fare un esempio: se vogliamo dare ad un soggetto che non ha il PC o non ha

il programma apposito, una copia di un documento elettronico con FD dobbiamo far fare una copia autentica ad un Notaio o riprodurre un originale cartaceo esattamente uguale a quello elettronico (in quest'ultimo caso ci troviamo in una situazione di difficile decifrazione sul piano giuridico, cioè l'esistenza di due originali, uno elettronico e uno cartaceo).

E' ragionevole pensare che avverrà un lento e graduale passaggio dal sistema cartaceo a quello elettronico. I documenti elettronici in originale hanno già cominciato a sostituire la carta in taluni ambiti e si andranno estendendo ad ambiti sempre più vasti.

Per non restare indietro in questo cambiamento epocale è ragionevole iniziare ad utilizzare i nuovi sistemi elettronici cui la legge riconosce pieno valore legale, in ambito limitato (aziendale, tra aziende collaboranti, tra gli E.E.L.L., nella P.A., ecc.). L'esperienza suggerirà il modo migliore per crescere e progredire su questa strada ormai tracciata.

Chi può disporre della Firma Digitale: chiunque può richiedere ad una delle Autorità di Certificazione il rilascio del kit di firma pagando una somma che si aggira sui 100 €. Per il rilascio del kit è ovviamente necessaria una operazione di tipo notarile, consistente nell'identificazione/riconoscimento del soggetto che acquista il kit di firma da parte della Autorità di Certificazione. L'Autorità che ha diffusione più capillare sul territorio è Postecom, di Poste Italiane, disponendo della rete dei suoi Uffici Postali.

Cosa ha fatto l'AZIENDA OSPEDALIERA S.MARIA NUOVA e cosa

intende fare: il 31/12/02 si è concluso positivamente un progetto di introduzione della FD sui documenti registrati nel Protocollo Unico Aziendale. Attualmente due Direttori di Servizio, Alessandra Boni e Sergio Bronzoni si scambiano i documenti Protocollati con Firma Digitale, in originale. A breve termine si terrà una presentazione della realizzazione progettuale a tutti i Dirigenti Firmatari di Protocollo per invitarli ad utilizzare progressivamente la Firma Digitale. Ciò consentirà di ridurre il flusso cartaceo circolante in Azienda e di estendere la conoscenza del documento elettronico a rilevanza giuridica. Inoltre, nel corso del 2002, il Servizio Acquisti ha condotto un'esperienza con AIA-FareMarket sperimentando l'espletamento di dieci gare elettroniche validate attraverso la Firma Digitale. Man mano saranno superati i problemi tecnico-giuridici sopra richiamati e la FD diventerà strumento utilizzato dai soggetti pubblici e privati esterni, si potrà iniziare a firmare con FD anche documenti diretti all'esterno. L'Autorità di Certificazione scelta da ASMN è Postecom di Poste Italiane.

L'evoluzione del complesso ospedaliero

A cura di:

Ing. Paolo Boschini
Ing. Enzo Mazzi
P.I. Massimo Magnani
Ing. Paolo Santini
Servizio Attività Tecniche

Continua la rubrica "L'ampliamento del nostro ospedale" a cura del Servizio Attività Tecniche

Premessa

La nuova struttura ospedaliera riorganizzata comporta, oltre al completamento ed entrata in funzione del nuovo fabbricato di ampliamento, la realizzazione di un nuovo centro di produzione pasti e nuova mensa per il personale che trovano collocazione nel fabbricato (Q) e i cui lavori di ristrutturazione sono in fase di ultimazione. Altri non meno rilevanti sono gli interventi in corso di esecuzione tra i quali:

- nuove centrali di produzione del freddo e di stoccaggio gas medicali (vedi planimetria generale fabbricati n. 13 e 14b);
- la realizzazione di nuovi parcheggi per dipendenti (aree n. 1 e 2) e per utenti (aree n. 3, 4, 5, 10, 11 e 12);
- la riqualificazione dell'accesso principale da viale Risorgimento (area n. 7);
- la realizzazione di un'isola ecologica per la raccolta differenziata di tutti i rifiuti prodotti dalla struttura (area n. 8);
- il completamento e la riorganizzazione della viabilità esterna.

Il miglioramento della sicurezza, della qualità e del comfort alberghiero, l'abbattimento delle barriere architettoniche sono solo alcuni degli

obiettivi che l'azienda si propone di raggiungere con questi interventi.

Nuovo centro di produzione pasti per la ristorazione ospedaliera e nuova sala mensa per il personale

L'intervento sul fabbricato (Q), che ospiterà la nuova cucina e mensa aziendale, in via di ultimazione, vede la ristrutturazione di locali per una superficie lorda complessiva di circa 1900 mq. di cui 1200 al piano terra e 700 al piano primo.

Al piano primo è collocata la nuova mensa self-service del personale oltre a locali destinati ad uffici e spogliatoi con relativi servizi igienici.

La nuova sala mensa ha una capacità ricettiva di 100 posti e sarà servita da tre elevatori di cui un ascensore per gli utenti della mensa, idoneo anche per disabili, che permette l'accesso alla sala direttamente dall'esterno e n. 2 montacarichi.

I locali della sala mensa sono inoltre dotati di impianti di condizionamento ambientale come anche tutti i restanti locali del fabbricato. Il nuovo centro di produzione pasti, che trova spazio al piano terra, è stato dimensionato per una produzione giornaliera di 1900 pasti fra pranzi e cene più quanto necessario alle colazioni.

La cucina è strutturata in aree de-



Celle frigorifere - area magazzini/depositi

stinate alla preparazione degli alimenti, alla cottura, al confezionamento dei pasti, oltre che ad aree destinate ai servizi di lavaggio e stoccaggio/magazzini.

Per garantire la sicurezza e la salubrità dei prodotti alimentari, le recenti normative e direttive nazionali ed europee hanno introdotto e stabilito la necessità dell'applicazione di procedure d'autocontrollo igienico sanitario avvalendosi dei principi su cui è basato il "sistema di analisi dei rischi e di controllo dei punti critici" (HACCP).

Lo studio di lay-out, delle predisposizioni impiantistiche e delle attrezzature previste è stato effettuato in maniera tale da agevolare l'applicazione di tali procedure di autocontrollo.

Già a partire dalla disposizione dei locali è palese questa particolare attenzione, infatti il lay-out è strutturato in zone funzionali divise e disposte in modo tale da evitare gli incroci tra percorsi ed ottenere un'organizzazione monodirezionale dei flussi delle lavorazioni. Inoltre tra le aree di immagazzinamento e le zone di preparazione è previsto un filtro passante finalizzato alla compartimentazione. Al-

tre aree, come "l'ingresso derrate" svolgono funzione di filtro con l'esterno e permettono di immagazzinare le merci già prive dei rispettivi imballi, evitando pertanto l'ingresso nelle aree di lavorazione degli involucri.

Le derrate deperibili troveranno punti di appoggio e di conservazione in celle frigorifere opportunamente posizionate nelle varie aree in modo da mantenere condizioni igieniche e di temperatura ottimali dei prodotti nelle varie fasi di lavorazione.

La zona destinata al confezionamento dei pasti è stata predisposta sia dal punto di vista distributivo che impiantistico per permettere la preparazione di un pasto personalizzato sul singolo degente.

Al fine di consentire la realizzazione di un sistema automatizzato di trasporto dei carrelli per la distribuzione dei pasti personalizzati è già stato predisposto un tunnel di collegamento tra la cucina e il piano seminterrato del monoblocco ospedaliero.

Ampliamento centrale frigorifera e nuova centrale di stoccaggio e distribuzione gas medicali

Percorrendo l'area ospedaliera in direzione sud, fanno breccia, nel panorama degli edifici aziendali, due fabbricati di nuova realizzazione di non secondaria importanza per la conduzione tecnico-sanitario sia del complesso di ampliamento ospedaliero, che della parte esistente dell'ospedale.

In particolare dette strutture saranno dedicate interamente alla gestione di impianti tecnologici quali: produzione di acqua fredda per gli impianti di trattamento aria degli ambienti (fabbricato n° 14b) e stoccaggio e distribuzione di gas medicali e tecnici (fabbricato n° 13).

Insieme alla centrale di produzione del freddo esistente (fabbricato n° 14a), detti fabbricati andranno a costituire il cosiddetto "Nuovo Polo Tecnologico".

Si tratta quindi di un intervento di potenziamento ed integrazione dell'attuale centrale frigorifera in grado di soddisfare, con la produzione globale a regime di circa 11.000.000 Frigorie/h, il bisogno di aria condizionata sia all'interno degli ambienti dell'ampliamento ospedaliero, comprese le future ali di completamento della struttura, che all'interno degli ambienti dell'ospedale esistente attualmente non ancora serviti.

L'esigenza di creare un unico punto di stoccaggio dei gas tecnici e medicali (attualmente sparsi in luoghi diversi) e di delocalizzare l'attuale sistema di distribuzione (rampe di bombole a servizio dell'esistente struttura) unitamente alla necessità di una futura interconnessione con la centrale dei gas a servizio dell'ampliamento, ha determinato la costruzione del fabbricato n° 13. Con ciò saranno soddisfatte sia esigenze di razionalizzazione e continuità del servizio, sia un livello di maggior sicurezza per l'allontanamento delle



Cucina a sbalzo - area cottura

bombole in pressione dalle strutture che necessità di adeguamento normativo. Inoltre all'interno del fabbricato verranno realizzati adeguati spazi necessari per una più efficace gestione, manutenzione e controllo delle apparecchiature di pertinenza degli impianti suddetti.

Detto "Polo Tecnologico" si completa inoltre con l'installazione, all'interno di appositi locali del fabbricato n° 14b, di una nuova cabina elettrica a media tensione, con annesso gruppo elettrogeno dedicato, a fronte del massiccio impegno di potenza assorbita per il funzionamento della centrale frigorifera e per una continuità nel tempo del servizio di erogazione di acqua refrigerata.

Nuovi parcheggi

Le necessità dell'Azienda e l'obbligo di soddisfare i parametri urbanistici nel rispetto delle Norme Tecniche di Attuazione del Piano Regolatore Generale di Reggio Emilia impongono la realizzazione di nuovi parcheggi riservati ai dipendenti in relazione all'entrata in funzione del nuovo fabbricato di ampliamento. Questi parcheggi, i cui lavori di costruzione hanno già avuto inizio, sono situati su un'area, di recente acquisizione, retrostante la struttura nosocomiale in adiacenza a via Marradi e via Beccaria (aree n. 1 e 2).

L'accessibilità a tali parcheggi avviene in maniera esclusiva, secondo le prescrizioni fornite dall'Amministrazione Comunale, da via Benedetto Croce.

Per quanto riguarda i parcheggi per i visitatori è da rilevare come essi siano stati incrementati rispetto alla situazione attuale tramite la conversione dell'attuale parcheggio per dipendenti accessibile da viale Murri contrassegnato

con il n. 11.

Tale riconversione comporta un incremento di posti auto per i visitatori pari a circa 250 p.a.

All'interno dell'area ospedaliera si è pure provveduto a incrementare di n. 25 posti auto l'esistente parcheggio del Gruppo Necroscopico contrassegnato con il n. 10.

Per quanto concerne i posti auto per disabili (a norma di legge) si è potuto concentrarli nelle vicinanze dei percorsi pedonali. Nel parcheggio contrassegnato col n. 2 sono inoltre previsti n. 9 p.a. utilizzabili anche come piazzole di sosta per autocaravan, attrezzate con torrioni di alimentazione idrica ed elettrica.

All'interno dell'area ospedaliera si sono inoltre previsti parcheggi dedicati a supporto del nuovo Pronto Soccorso e del nuovo day-hospital unificato dell'area medica (rispettivamente contrassegnati dai n. 3,4 e 5).

Riqualificazione dell'accesso principale su viale Risorgimento

Il progetto prevede la riorganizzazione del piazzale d'ingresso (area n. 7), rendendolo completamente pedonale mediante lo spostamento, ai suoi lati, dei parcheggi per disabili e per taxi.

In posizione baricentrica si trova un sistema di tre percorsi pedonali tra loro paralleli, uno centrale a norma per disabili, costituito da un sistema di tre rampe allineate, della larghezza di ml. 2,40 che superano il dislivello necessario in tre tratti inclinati (a pendenza < 8 %) opportunamente interrotti dai pianerottoli di riposo, e due laterali realizzati con pavimento antisdrucciolo.

Questo sistema di percorsi e la sistemazione dei marciapiedi, opportunamente ribassati dove necessario, consentono l'eliminazio-

ne delle barriere architettoniche (vedi piantina pag. 18).

Isola ecologica

Il progetto dell'isola ecologica (vedi piantina pag. 18) prevede la raccolta differenziata di tutte le tipologie di rifiuti prodotte e la concentrazione di tutti i cassoni attualmente sparsi per l'area ospedaliera.

Al suo interno trovano posto i cassoni per lo stoccaggio (n. 5 cassoni della capacità di 20 mc. di cui uno vuoto, per metalli, rottami, vetro, ecc.), il compattatore dei Rifiuti Solidi Urbani e diversi settori di conferimento (carta, plastica, legno, cassette plastica, film polietilene, ecc.) realizzati con pannelli in c.a. prefabbricati. Nell'angolo nord di tale piazzola, opportunamente recintato e su pavimentazione in c.a., è previsto un prefabbricato (contrassegnato con il n. 9) per lo stoccaggio dei rifiuti ex radioattivi progettato secondo le indicazioni fornite dal Servizio di Fisica Sanitaria. L'intera isola ecologica è recintata, con rete metallica plastificata di altezza h: 2,00 ml. completa di telo verde frangivista. L'isola è dotata di due accessi contrapposti con cancello scorrevole, uno per il carico dei materiali con i mezzi dell'Azienda Ospedaliera, l'altro per lo scarico con i mezzi AGAC. Le acque del piazzale vengono raccolte da opportuna rete fognaria con immissione in Via Beccaria.

Il perimetro dell'isola ecologica è opportunamente alberato conformemente al progetto di riordino del sistema del verde.

Viabilità esterna

Sulla planimetria generale sono indicati i percorsi differenziati secondo i diversi tipi di traffico previsti:

- *Percorso veicolare parcheggio visitatori*

Da viale Umberto I° e da viale Risorgimento, è possibile, tramite l'asse di viale Murri, accedere ai parcheggi per visitatori che ricomprenderanno anche gli attuali parcheggi per dipendenti (aree n. 11 e 12).

Infatti è previsto che questi ultimi, siano realizzati sul retro dell'area ospedaliera, su terreni adiacenti a via Beccaria, di recente acquisizione da parte dell'azienda (aree n. 1 e 2).

- *Percorso pedonale visitatori*

Dai parcheggi per visitatori, posti su viale Murri, è possibile convogliare il flusso pedonale lungo il marciapiede Nord Ovest di viale Risorgimento e convergere nella piazzola di smistamento dei traffici pedonali (che costituisce parte integrante della riqualificazione dell'accesso principale dell'Ospedale) e tramite percorsi pedonali opportunamente differenziati, accedere all'attuale atrio di ingresso dell'Arcispedale S. Maria Nuova (area n. 7).

- *Percorso veicolare parcheggio personale*

Da via Benedetto Croce si accede al parcheggio per il personale il cui accesso sarà regolato da sbar-

re automatiche attivate dal tesserino magnetico in dotazione.

- *Percorso pedonale personale*

Dal parcheggio i dipendenti possono raggiungere, tramite marciapiedi e rampe pedonali con pendenze adeguate al superamento delle barriere architettoniche, la nuova struttura di ampliamento ospedaliero in prossimità degli ascensori e arrivare agli spogliatoi, ubicati al piano seminterrato, oppure raggiungere i padiglioni limitrofi.

- *Percorso di emergenza-urgenza (ambulanze)*

Per quanto concerne il percorso delle autoambulanze nulla è mutato, rispetto alla situazione attuale, se non nell'ubicazione del nuovo Pronto Soccorso.

Il percorso avviene sempre in senso antiorario con accesso da viale Risorgimento, ingresso in "camera calda", e uscita su viale Risorgimento. In caso di manutenzione alla rete viaria a servizio del Pronto Soccorso è previsto un accesso, riservato e dedicato al Pronto Soccorso, da via Passo Buole.

- *Percorso veicolare e pedonale day-hospital area medica*

Al fine di agevolare l'utenza diretta al day-hospital unificato dell'a-

rea medica previsto al piano terra dell'ampliamento ospedaliero è stato predisposto un parcheggio dedicato (area n. 5).

- *Percorso veicolare e pedonale accompagnatori Pronto Soccorso*

Anche per chi accompagna un paziente al Pronto Soccorso è previsto un parcheggio dedicato nelle immediate adiacenze (area n. 4).

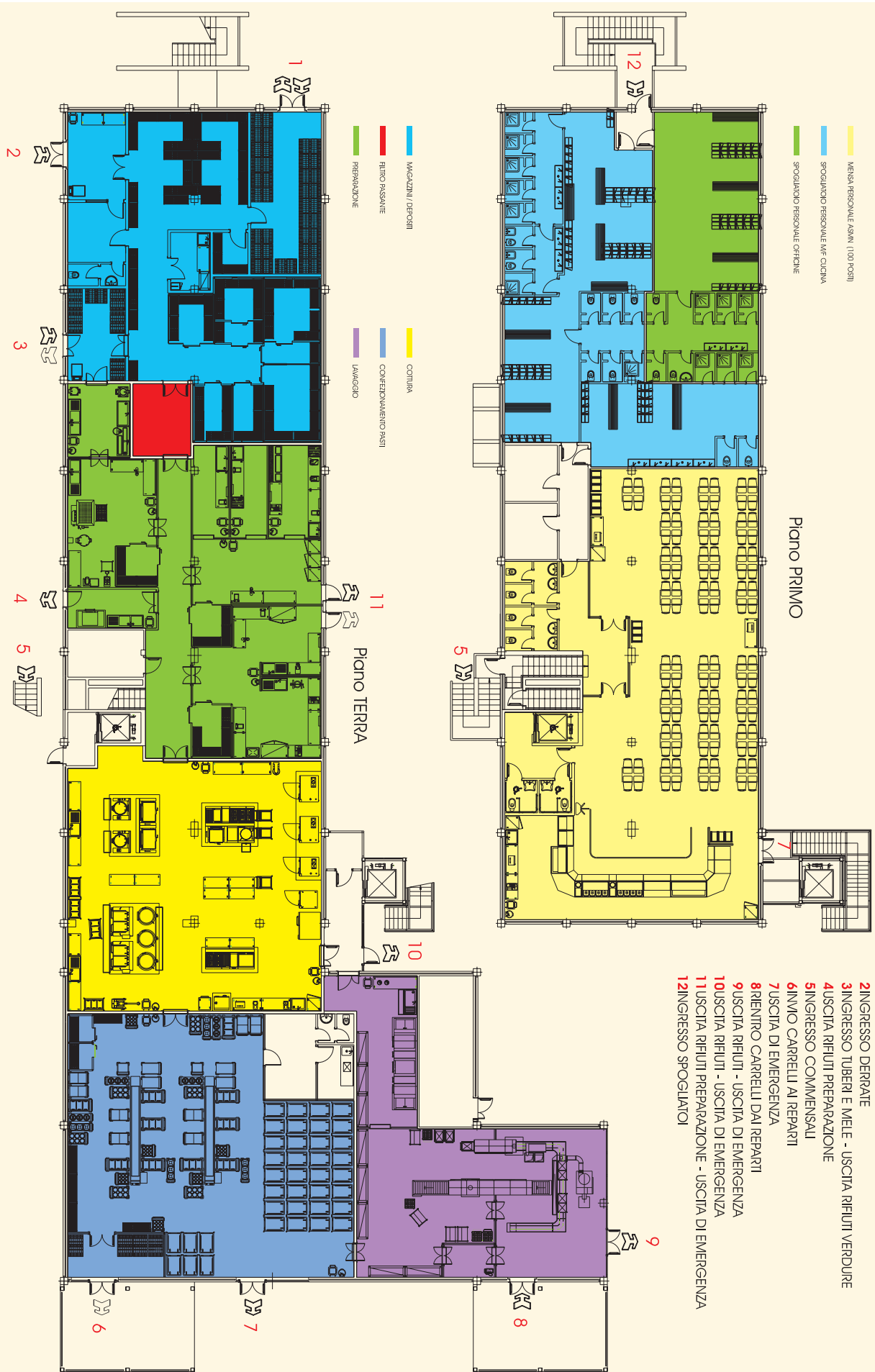
- *Percorso veicolare tecnico manutentivo*

E' a disposizione dei Servizi Tecnici dell'Azienda Ospedaliera un percorso veicolare dedicato all'interno dell'area ospedaliera con limitati punti di interferenza con il percorso di emergenza-urgenza (ambulanze).

- *Carico e scarico Isola ecologica*









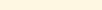
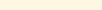
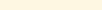
Il carico dell'isola ecologica da parte dei mezzi dell'Azienda Ospedaliera e il relativo scarico da parte dei mezzi di AGAC avviene da accessi contrapposti. Infatti il carico avviene tramite il percorso tecnico interno mentre lo scarico dall'accesso di via Benedetto Croce.

Nuovo centro di produzione pasti per la ristorazione ospedaliera e nuova sala mensa per il personale



PLANIMETRI

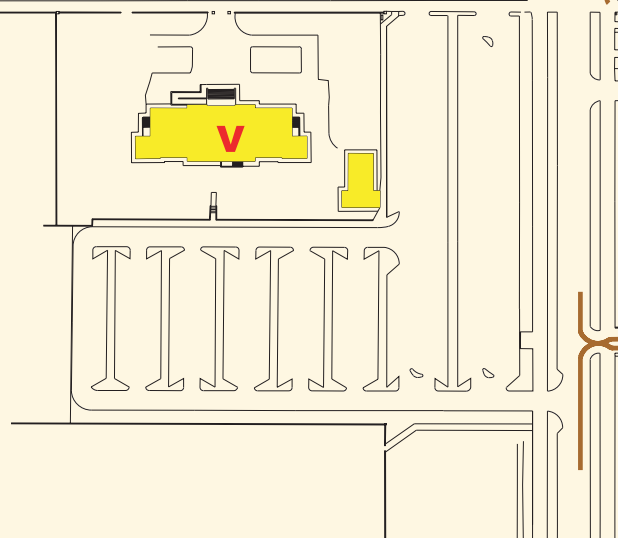
PERCORSI ESTERNI:

-  Percorso veicolare parcheggio visitatori
-  Percorso pedonale visitatori
-  Percorso veicolare parcheggio personale
-  Percorso pedonale personale
-  Percorso ambulanze
-  Percorso veicolare parcheggio D.H.
-  Percorso pedonale parcheggio D.H.
-  Percorso veicolare parcheggio P.S.
-  Percorso pedonale parcheggio P.S.
-  Percorso tecnico manutentivo
-  Scarico isola ecologica
-  Carico isola ecologica

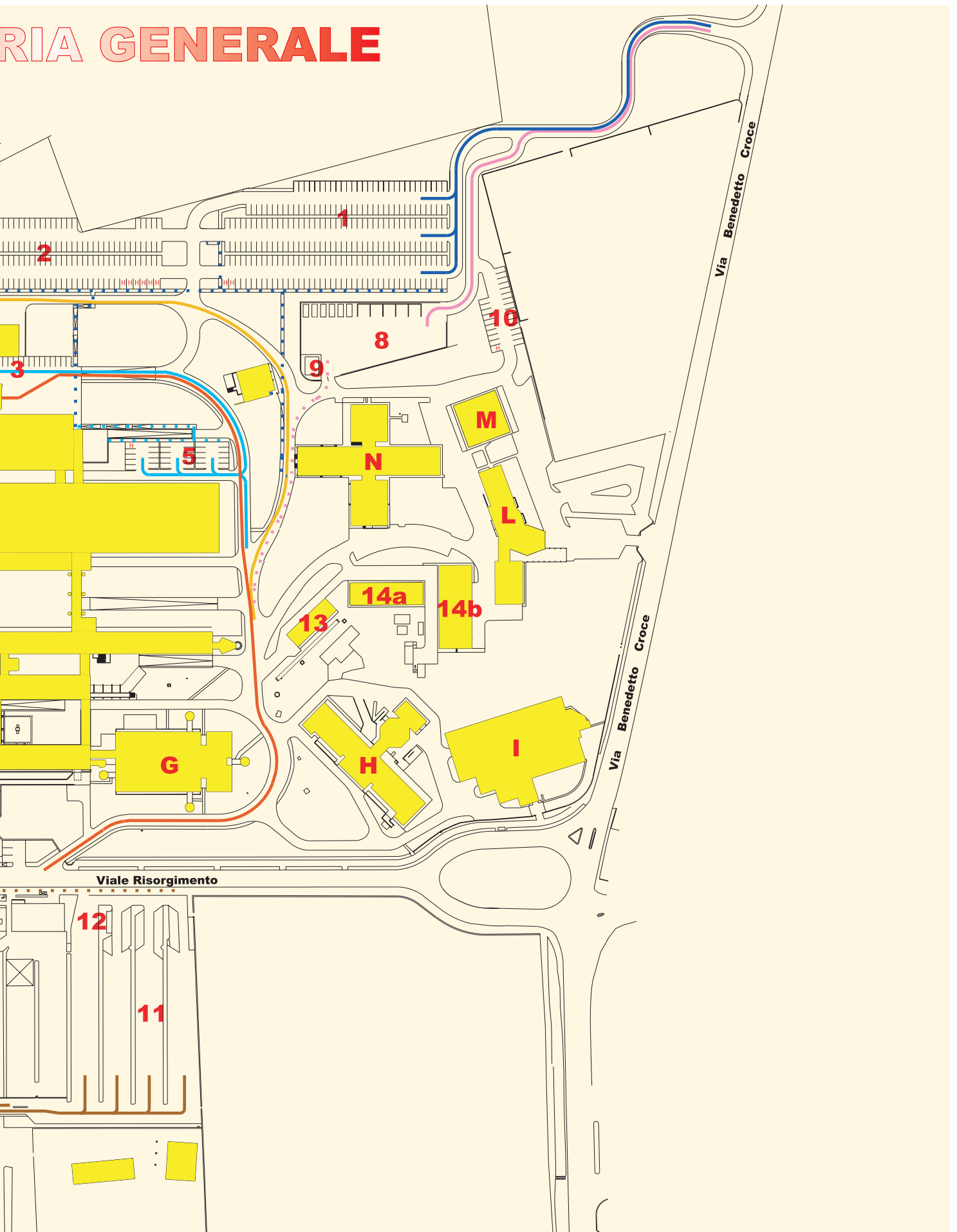


LEGENDA:

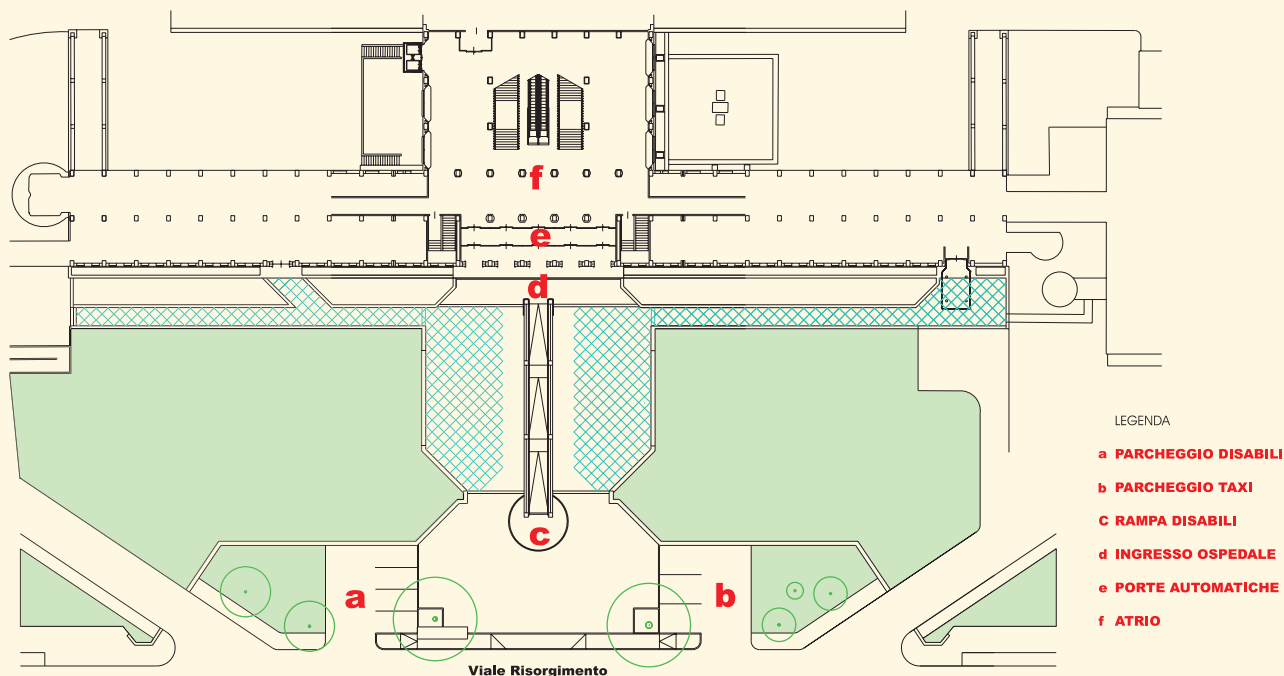
- 1 Parcheggio dipendenti
- 2 Parcheggio dipendenti
- 3 Parcheggio di servizio
- 4 Parcheggio Pronto Soccorso
- 5 Parcheggio Day-Hospital
- 6 Piazzola gas medicali
- 7 Riorganizzazione Ingresso Principale
- 8 Isola ecologica
- 9 Dep. materiali radioattivi (mq. 55 circa)
- 10 Ampliamento parcheggio Necroscopico
- 11 Ampliamento parcheggio visitatori
- 12 Sosta moto e biciclette
- 13 Nuovo fabbricato deposito Gas Medicali/Tecnici
- 14a/14b Nuovo Polo Tecnologico: centrali frigorifere



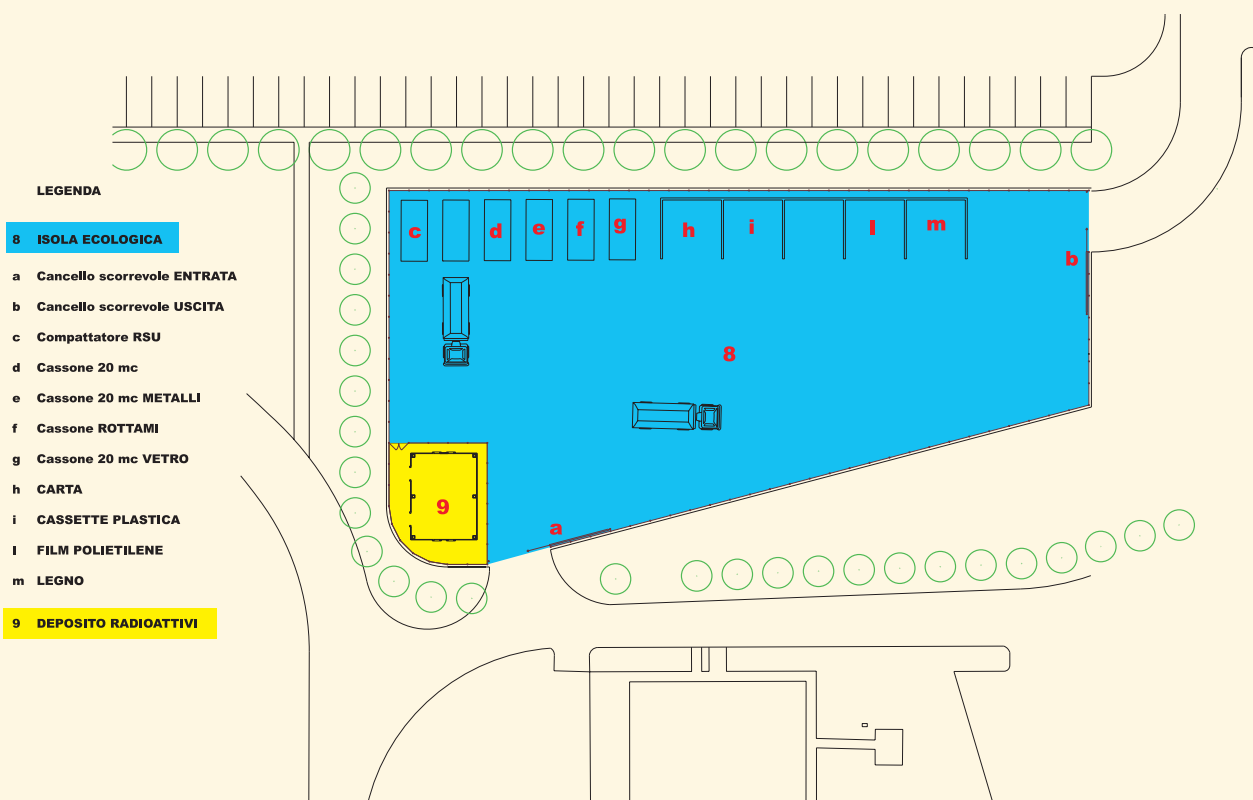
ARIA GENERALE



Riquilificazione dell'accesso principale su viale Risorgimento



Isola ecologica



Il Comitato Etico dell'Arcispedale

A cura di:

Prof. Italo Portioli *Membro del CE*

Dott. Nicola Magrini *Presidente del CE*

Storia

A mo' di premessa può essere utile una breve rassegna su come sono nati i Comitati Etici (CE) e di che cosa si sono occupati nei primi anni della loro esistenza prima di dedicarsi prevalentemente alle sperimentazioni cliniche.

I CE nascono attorno al 1920 negli USA per decisioni riguardanti la sterilizzazione provocata; negli anni '50 sono investiti del problema dell'aborto, negli anni '60 della dialisi (sembra incredibile: come stabilire le liste di precedenza o la sospensione) e di altri pesanti problemi di bioetica (trattamento di neonati deformati o gravemente handicappati, decisione di non rianimare, rifiuto di trattamenti per mantenere in vita, consenso dei familiari per decisioni su bambini o adulti impediti, uso del placebo, coinvolgimento di studenti nella diagnosi e nella cura, rapporti su risultati provvisori, trasferimento in ospedali meno costosi, ecc.).

Negli stessi anni '60 i CE sono incaricati del problema della ricerca e della sperimentazione clinica (sull'uomo). Quest'ultimo tema della sperimentazione clinica costituisce attualmente la attività di gran lunga prevalente dei CE in Italia e nella maggior parte dei paesi industrialmente privilegiati.

Il nostro CE si riunisce mediamente 15 volte all'anno e circa 3 riunioni all'anno sono dedicate esclusivamente a temi etici. Temi di bioetica affrontati negli scorsi anni sono stati: FIVET, problemi da gruppi confessionali come testimoni di Geova (trasfusioni di sangue) e musulmani (circoncisione rituale), o altri comportamenti generali come l'uso del consenso e rapporti interpersonali in Rianimazione. La attività del CE è regolata da una ricca normativa in evoluzione, ma sempre più orientata da direttive europee (quale la 2001/20 del 4.4.2001) che chiaramente affidano ai CE compiti crescenti di valutazione e indirizzo rispetto ai due compiti principali di

- Favorire la ricerca clinicamente utile e rilevante
- Proteggere o garantire una tutela dei soggetti che partecipano alle ricerche cliniche.

In questa sintesi ci si riferirà solo alla sperimentazione clinica di nuovi farmaci o nuove strumentazioni (medical devices).

La sperimentazione clinica

Una premessa etica: la sperimentazione clinica intesa come "curiosità

metodologicamente organizzata" costituisce un valore sia per le conoscenze che genera sia per lo spirito critico e la disponibilità al cambiamento che induce negli sperimentatori ma anche - come recentemente dimostrato da alcuni studi clinici - per il migliore livello di cura che genera di cui il principale beneficiario è il paziente: quest'ultimo dato è stato dimostrato per importanti sperimentazioni cliniche che avevano come obiettivi il miglioramento della durata di vita e della qualità di vita.

Se manca la cultura di interesse e di partecipazione convinta ai metodi la ricerca clinica o la si ricusa (come è avvenuto nella grottesca vicenda italiana dell'inizio '98) si creano le condizioni per un oscurantismo anti-scientifico che è poi il malato a pagare duramente. Se la si frena o la si orienta al singolo farmaco o a scopi commerciali e non a obiettivi rilevanti di salute pubblica si distorcono le sue finalità e riducono le sue potenzialità. Un Ospedale che fa o che partecipa a importanti ricerche cliniche ha una ricchezza in più: la competenza e la curiosità intellettuale dei suoi operatori che significa anche una maggiore capacità di coinvolgere i pazienti (attraverso il consenso ma più in generale un

adeguato rapporto medico-paziente) nella condivisione del percorso diagnostico-terapeutico. Il traguardo finale, della sperimentazione (e anche il metro con cui un CE deve giudicare un protocollo di ricerca) deve però essere sempre il malato.

Compiti del CE

Il compito di fondo: coniugare la difesa del malato, imperativo primario, con le esigenze della conoscenza, da cui ci si attende una ricaduta diretta in termini di miglioramento delle cure per tutti, in estrema sintesi un bene sociale. Così, quando in CE arriva da una Unità Operativa la richiesta di poter sperimentare un farmaco ('protocollo sperimentale') il CE deve valutare la proposta sotto molti aspetti: scientifici (razionalità dei presupposti, correttezza del disegno sperimentale, congruità del numero dei pazienti e della durata della sperimentazione rispetto al risultato atteso), clinico-organizzativi (adeguatezza di strutture, competenza dei proponenti e

degli sperimentatori) e soprattutto etici (utilità-benefici e rischi per il paziente, informazione del paziente, potenziali benefici per i pazienti successivi e se vogliamo il criterio più importante, senso complessivo dello studio). Il CE, una volta discusso il protocollo con il medico sperimentatore locale (criterio qualificante quest'ultimo che differenzia il nostro CE rispetto alla maggior parte dei CE) può: approvare, dando così inizio alla sperimentazione; richiedere chiarimenti; non approvare; interrompere uno studio in corso per la sopravvenuta comparsa di eventi avversi.

Quando l'Unità Operativa che propone la sperimentazione ne è anche centro coordinatore il CE è chiamato ad esprimere un cosiddetto 'giudizio di notorietà' (o delibazione di notorietà) cioè il giudizio, ancora più remoto, che il farmaco sulla base delle conoscenze depositate può essere adatto ad affrontare 'anche' quella nuova particolare situazione di malattia che viene proposta come

ad esso sensibile. Questi i suoi compiti generali.

Solo formali? Pensiamo di no ma vediamo un CE al lavoro.

Il CE al lavoro

Una prima domanda che il CE deve sempre porre è: la sperimentazione è innovativa? Che cosa apporta di 'nuovo'? Oltre naturalmente a valutare che cosa comporta per il paziente di utile o anche inutile o aggiuntivo.

Definire il nuovo in terapia (più ancora che in farmacologia clinica) non è poi così facile: vi è un nuovo che è tale solo per 'commercializzazione recente', vi è un nuovo 'industriale' per es. un cerotto al posto di una pillola, vi è, infine, il nuovo reale, quello che offre benefici clinici in termini di utilità per i pazienti (maggiore sopravvivenza e migliore qualità di vita). Il CE pensa che una sperimentazione ripetitiva non è etica e che la ricerca sui nuovi farmaci dovrebbe essere (maggiormente) orientata al paziente e meno al farmaco.

Ancora: il nuovo che ci si propone di sperimentare è solo un nuovo concettuale o è invece traducibile nella pratica? A quali e quanti pazienti sarà realmente trasferibile? Anche questo aspetto è di fondamentale importanza per la qualità della ricerca.

Vi sono farmaci molto intelligenti sul piano dei concetti e delle conoscenze che esplorano ma che sul campo mancano alle attese risposte: qui sta tutta l'eticità della ricerca come strumento affidabile (e il più rapido) per definire che cosa produce più benefici che rischi per i pazienti.

Per essere certi poi che la sostan-



da sinistra a destra:
Prof. Corrado Corghi, Dott. Alessandro Chiari, Dott. Corrado Boni,
Dott.ssa Iva Manghi, Dr.ssa Teresa Coppola

za proposta possa offrire un reale vantaggio rispetto ad un farmaco o ad una procedura terapeutica già in uso, il CE si pone la domanda se le informazioni riguardanti il farmaco precedente, con cui il nuovo viene confrontato, sono esaurienti o se invece alcuni suoi aspetti positivi sono stati omessi o taciuti per meglio evidenziare le informazioni sul farmaco proposto. E' in altre parole essenziale che al paziente sia assicurata la migliore terapia disponibile evitando vecchi trucchi come ad esempio l'utilizzo dei farmaci standard a dosaggi ridotti (o sub-ottimali).

Capita anche di doversi chiedere: i benefici ipotizzati dallo studio sono accettabili se a beneficiarne non saranno i pazienti dello studio ma i successivi, quelli che verranno dopo o se si preferisce la comunità scientifica o la società in generale?

Questa questione non è di poco conto e si rifà direttamente al principio guida degli studi randomizzati che è il "principio di incertezza": il medico (e il paziente) non sanno quale tra le due alternative è attualmente migliore o preferibile) e per questo si attendono i risultati dello studio. Poi vi sono altre domande difficili o oblique o "scivolose": sono quelle relative alla sicurezza.

A quali (nuovi) rischi si espone il paziente accettando di partecipare? Le informazioni fornite in proposito al paziente a sua tutela sono affidabili, sono del tutto sincere?

O c'è in esse una anche inconsapevole reticenza od omissione di dettagli (il conflitto di interessi non economico, il cosiddetto conflitto 'originale' -per analogia con



da sinistra a destra:
Dr. Nicola Magrini, Dr.ssa Luisa Salvoldi, Dr.ssa Nilla Viani, Prof. Italo Portioli

il peccato biblico -) per cui chi è interessato ad una sperimentazione inconsapevolmente ne enfatizza i vantaggi e ne lascia in ombra rischi o aspetti controversi la cui mancata conoscenza potrebbe avere un effetto di induzione, di spinta, al paziente ad accettare di essere arruolato?

Come si vede, tutte domande dure, di sostanza, come riteniamo che sia il lavoro dei CE e non di sola forma come percepito da una parte dei medici o ahimè praticato da una parte dei CE.

Chiedersi: che cosa già si sa, prima di un determinato studio, sul tema affrontato?

Chiedersi: quale vantaggio apporta lo studio proposto al malato? Chiedersi: a tutti i malati è garantita la terapia migliore attualmente disponibile come confronto del nuovo?

Farsi queste domande da parte di un gruppo multidisciplinare, assieme al medico sperimentatore locale significa ragionare e riflettere sul senso di ciò che si fa, sui problemi della ricerca, sulle influenze che il sistema riceve dall'esterno e

sulle richieste di partecipazione e consapevolezza dei pazienti. Significa ragionare sul significato della assistenza fornita e a volte della malattia (o della vita e della morte).

Recentemente il Journal of Medical Ethics, in seguito alla morte di un paziente in uno studio sull'asma e di un paziente cui era stata effettuata una terapia genica ha proposto come responsabilità dei CE (più ancora che degli sperimentatori) quella di vigilare sulla sensatezza di studi che avrebbero dovuto essere fermati e sono invece stati fatti in quanto la valutazione delle conoscenze disponibili è stata insufficiente.

Trovare documentazione indipendente su ciò che si sa (sulle ricerche già fatte e pubblicate o in corso, conoscere il senso e la necessità delle revisioni sistematiche per un adeguato inquadramento dei dati disponibili) risulta fondamentale per un adeguato giudizio di un protocollo di ricerca.

Il laico (e molto british) Journal of Medical Ethics concludeva queste riflessioni suggerendo come fon-

damentale per il funzionamento di CE un esperto di evidence-based medicine, information retrieval rispetto a figure tradizionalmente incluse nei CE come ad esempio i rappresentanti di una fede religiosa. Competenze tecniche dunque, purtroppo ancora carenti in Italia (forse a Reggio Emilia meno che altrove grazie a programmi formativi in questa direzione). Una ultima riflessione - sempre di metodo. Gran parte dei protocolli sperimentali sono intesi non tanto a dimostrare-molto difficile- la 'superiorità' del nuovo farmaco rispetto al vecchio o meglio all'esistente ma sono semplicemente degli studi di 'pseudo-equivalenza' o più precisamente studi di 'non-inferiorità': se non si riesce a dimostrare una differenza tra i due gruppi - che sarebbe il vero obiettivo della ricerca e del progresso medico - si accetta una non differenza che viene chiamata equivalenza ma che in realtà è spesso un margine di incertezza consistente che il nuovo possa essere peggio dell'esistente. Molti antibiotici nuovi non si dimostrano certamente superiori a quelli disponibili ma accettano una non differenza che se testata in uno studio di maggiori dimensioni potrebbe risolversi anche a svantaggio del nuovo farmaco.

Forma o sostanza?. Qualcuno pensa che tutte le domande sopra elencate e che il CE cerca di porsi siano scrupoli eccessivi e al formidabile macigno di sostanza messo in campo oppone una concezione del tutto formale del ruolo dei CE: i CE - qualcuno dice - dovrebbero limitarsi a verificare che gli studi proposti siano accettabili sul piano della forma, presentino cioè

premesse dottrinali non eccezionali, abbiano un disegno sperimentale corretto, siano costruiti in modo che il risultato che ci si propone emerga con significatività statistica sulla base del numero dei soggetti proposti e della durata dello studio, che le informazioni date al paziente siano legalmente accettabili e che la polizza assicurativa abbia un adeguato massimale e sia senza franchigie eccessive. Il nostro CE ritiene invece che sia della sostanza che ci si deve occupare e che ci si deve sforzare di discutere del reale senso clinico di una sperimentazione: saper dire se alla fine essa gioverà o no al malato (o a quali malati). Questo è il suo compito fondativo cui non può sottrarsi.

Le competenze

Per fare le valutazioni sopra esposte servono in CE molte competenze. Queste poi devono essere ben bilanciate per garantire indipendenza di giudizio e sua rappresentatività nei confronti del malato. Solo metà dei membri del CE

sono infatti medici onde ridurre i rischi di jargon specialistici o di autoreferenzialità.

Non meno rilevanti infatti sono le competenze cliniche, in grado di giudicare se un protocollo è realmente inteso al bene del malato e/o se invece esso comporta solo un rischio aggiunto in attesa di un beneficio aleatorio. Garanzie in tal senso vengono al CE anche dalla presenza di figure in contatto naturale con il malato come gli infermieri professionali ed i rappresentanti del volontariato, incisive soprattutto nel momento in cui si deve controllare la veridicità e la accettabilità delle informazioni fornite al paziente nel consenso informato.

Nell'esame di un protocollo sperimentale si pongono inoltre fini problemi di statistica (dimensione del campione, tecniche di misura dei risultati, intervalli di confidenza..) o di praticabilità diretta di gestione del farmaco in reparto da parte dei farmacisti, tutti aspetti che presumono presenze agguerrite. Tutti i passaggi hanno poi, in



da sinistra a destra
Dr.ssa Nilla Viani, Prof. Italo Portoli, Dott. Massimo Pantaleoni,
Dott. Ermanno Rossi, Dott. Nicola Tusini

diversa misura, una valenza giuridica, ben presidiata nel nostro CE. Ai problemi generali di bioetica si dedica da noi un 'esperto' molto esperto ma essi sono ovviamente aperti anche alle considerazioni di buonsenso e di sensibilità collegiali.

Rapporto tra il CE e gli sperimentatori. La fama di severità del nostro CE

Purtroppo se in passato sui CE pesava (pesa?) il giudizio di essere un organo burocratico, lontano dai problemi di reparto ora per noi il problema è diverso. La sua buona efficienza da un lato e il suo entrare nel merito lo espongono al giudizio di interferire eccessivamente con le attività cliniche o la libertà di scelta del singolo medico. In realtà nella valutazione di un protocollo vengono a galla "pulsioni" o interessi molto diversi e tra loro contraddittori: lo sperimentatore interessato ad essere coinvolto in uno studio internazionale culturalmente accattivante e dalla cui partecipazione ricaverà prestigio; l'industria che alla fine di un'annosa e costosissima anticamera sperimentale vede aprirsi la possibilità di realizzare un utile economico; della editoria che intravede, in un farmaco presentabile come prestigioso, un'occasione remunerativa nella distribuzione della informazione; l'Azienda Ospedaliera che percepisce un rimborso economico per ogni paziente arruolato, utile che poi -in accordo con lo sperimentatore cui va in parte erogato -può essere destinato a stipulare contratti o borse di studio per neo-laureati impegnati in studi di perfezionamento.

Gli indirizzi in questo campo ci dicono che i rapporti tra CE e sperimentatori stanno rapidamente cambiando e che il ruolo del CE dovrebbe essere visto come un alleato con il compito di migliorare la conoscenza dei diversi aspetti dello studio e di privilegiare (cercando di interpretarlo) il punto di vista del paziente rispetto allo studio.

Per quanto riguarda la fama di severità attribuita da più parti al nostro CE in Italia è forse spiegabile semplicemente con il fatto che in effetti molte sue decisioni sono diverse rispetto a quelle di altri CE (ma qui è auspicabile una messa in rete dei diversi CE dove sia possibile confrontarsi sulle diverse motivazioni che hanno condotto talora a decisioni difformi).

Problemi aperti

Sono molti. Un breve cenno solo su alcuni.

Il consenso informato resta, universalmente, un problema: se debba essere orale o scritto, con informazioni presentate in modo franco o soft, complete o 'purgate'. Si discute anche sulla sede materiale in cui vengono impartite, sul tempo da dedicarvi, se altre persone -familiari o delegati dal paziente -oltre al paziente debbano essere presenti, se si è accertata la piena comprensione da parte del paziente dei rischi cui si espone e dei vantaggi che gliene potranno eventualmente derivare e della loro reale portata, se si deve dire o scrivere che i suoi curanti sono in genere pagati per fare quella sperimentazione, se il consenso deve essere espresso subito o a distanza e di quanto. Manca una attività sistematica di monito-

raggio degli studi clinici in corso. Un problema non solo nostro; certo, per monitorare serve personale dedicato.

Sottolineare la asimmetria delle risorse tra un'industria solidissima nella preparazione e nel confezionamento dei protocolli ed un CE ad attività prevalentemente volontaristica è persino ovvio.

In conclusione

Quello del CE è un lavoro impegnativo che richiede specifiche competenze e che non dovrebbe essere soltanto volontario.

La presunta puntigliosità di cui il nostro CE viene accreditato gli crea qualche imbarazzo.

Esprime però una percezione diffusa, forse un po' semplificata ma non del tutto impropria, dello spirito con cui lavora.

Che è di forte consapevolezza della dignità di cui si ritiene, non certo per suo merito, investito. In questo senso il CE, dopo anni di rodaggio, se la sentirebbe anche di essere non solo ricevitore ma anche sollecitatore di proposte, propugnatore di una più incisiva richiesta etica nella condotta complessiva del rapporto medico-paziente.

Il Comitato ha la sensazione che la sensibilità della comunità su questi temi stia crescendo e vorrebbe contribuire ad ordinarla ad intenti credibili, non vanamente polemicamente.

Ad un prossimo convegno dunque per meglio conoscersi e confrontarsi con passione su tutti questi problemi.

Le tesi del primo corso universitario di perfezionamento in counseling

A cura di:

Giovanna Artioli, Rita Montanari, Angela Saffiotti Centro di Formazione per le Professionalità Sanitarie

Il 18 dicembre u.s si è concluso, con l'esame finale, il primo corso di perfezionamento in Counseling a cui hanno partecipato 20 infermieri, nella maggior parte professionisti operanti nell'Azienda USL di Reggio Emilia e dell'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova; un corsista presta la sua attività presso l'Hospice casa Madonna dell'Uliveto.

Il corso è stato organizzato dall'Università degli studi di Modena e Reggio, dall'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova e dall'Azienda USL di Reggio Emilia, con il contributo, significativo e forte, sia culturale che economico, del Collegio IPASVI di Reggio Emilia e il sostegno finanziario della Regione Emilia-Romagna.

Nel percorso formativo sono stati affrontati i temi della comunicazione, della relazione professionale di aiuto e del counseling, attraverso lavori di aula, di laboratorio, di gruppo e discussione di casi.

La finalità del corso è stata essenzialmente quella di fornire saperi, conoscenze, strumenti per offrire al paziente e alla sua famiglia opportunità articolate, congruenti, competenti di accompagnamento e vicinanza nella loro esperienza di malattia. Infatti, stare con, prendersi cura, restituendo al paziente e alla sua famiglia responsabilità, potere e decisione attraverso lo strumento dell'ascolto attivo è stato il paradigma formativo del corso appena concluso.

I corsisti, durante l'esame finale, hanno discusso elaborati individuali, di cui alleghiamo gli abstract. Riteniamo sia un'opportunità, per la professione infermieristica, offrire questo contributo che racchiude in sé competenza culturale ed esperienziale in ambito relazionale.

Elena Alberini *"Relazione a legame debole"*

La corsista propone un lavoro, attinente alla sua realtà professionale, sull'utilizzo dello strumento relazione negli incontri improvvisi, non struttu-

rati e programmati, con pazienti in situazione di emergenza. Sostiene che in questi frangenti operativi non è tanto il tempo che fa la differenza ma le modalità e i contenuti che l'operatore offre al tempo. Ascolto, empatia, riconoscimento delle emozioni forti che pervadono i pazienti, sono i vettori che possono orientare l'infermiere negli incontri professionali occasionali, frammentati, rapidi ma non per questo meno intensi e meno significativi per i pazienti.

Letizia Bertazzoni *"Magia dell'ascolto"*

Il focus di questo elaborato è la spendibilità dell'ascolto nel processo assistenziale. La corsista sostiene che se l'infermiere impara ad ascoltare il paziente e se stesso nell'evolversi della relazione professionale, i risultati raggiunti possono essere, oltretutto più stabili e sicuri, anche più terapeutici per il paziente.

Elisabetta Bigi *"Setting formale: verso la definizione del ruolo tutoriale per un counseling pedagogico"*

La corsista lavora su un processo di riconoscimento di competenze, strumenti, abilità, setting in formazione. Afferma che per rendere visibile, concreta, spendibile, definita la funzione tutoriale è opportuno che il formatore si interroghi su quali strumenti e cultura possedere. Sicuramente la cultura dell'ascolto e gli strumenti della relazione aiutano il formatore ad ottemperare meglio al suo mandato.

Francesca Bonacini *"La strada verso casa"*

Tornare a casa non è solo gioia e sollievo, può essere anche angos-



scia e paura, soprattutto quando chi torna a casa è una famiglia che assiste un malato grave. In un ambito come l'Hospice, servizio che si colloca nella "rete" delle cure palliative territoriali, riuscire a strutturare un percorso di accompagnamento alla dimissione diviene fondamentale. L'infermiere si trova, dunque, a gestire la complessità del sostegno alla famiglia e al paziente, a operare interventi educativi, a organizzare la rete dei servizi di supporto all'esterno. La corsista ritiene che possedere competenze di counseling possa favorire le condizioni per agevolare l'operato dell'infermiere contenendo le ansie dei famigliari e strutturando al meglio un ritorno a casa vissuto come complesso e doloroso.

Mimma Bonocore *"La relazione a legame debole e l'intervento di rete"*

La corsista definisce le modalità professionali di stare con e di prendersi cura di un paziente, ricoverato in una unità di degenza breve come la Medicina d'Urgenza, relazione a legame debole quindi poco strutturata e molto circoscritta nel tempo. Afferma, inoltre, che l'unico modo per assistere una persona malata non è sempre e solo l'assistenza diretta a lui o con lui ma che appartiene al paradigma del "care" anche attivare risorse di rete per accompagnare e o risolvere i problemi di salute e non delle persone incontrate seppur per breve tempo.

Roberto Cavalli *"Il counseling in ambito psichiatrico, potenzialità e limiti"*

Barbara Predieri *"Adesso lo chiamiamo: -il durante noi...- abilità' di counseling nella collaborazione con i famigliari delle persone con disagio psichico grave"*

Franco Recchiuti *"Il sostegno alla famiglia del paziente psichiatrico"*

Abbiamo assemblato queste tesi, scritte da tre operatori del Servizio di Salute Mentale, in quanto condividono lo stesso oggetto: la spendibilità di un intervento strutturato di counseling in ambito psichiatrico rivolto ai famigliari dei pazienti. Poiché questi famigliari vivono ciò

che in letteratura è definito "lutto in elaborabile" per entrare nel processo di cura del loro famigliare necessitano di uno spazio e di un tempo che permetta loro di elaborare il vissuto di perdita.

Cavalli Roberto afferma che il counseling, cioè un processo comunicativo relazionale che utilizza tecniche di comunicazione mirate specifiche, richiede un setting che non può essere proposto ad un paziente con una diagnosi psichiatrica severa mentre può essere efficacemente utilizzato con e dai famigliari.

Predieri Barbara propone come supporto all'elaborazione del sentimento di perdita nei famigliari, i gruppi di autoaiuto condotti da un operatore con formazione mirata al counseling. Sostiene, inoltre che "l'agenda del paziente" e l'ascolto attivo sono strumenti operativi che possono "aprire" la famiglia al processo di cura.

Recchiuti Franco, dopo avere analizzato alcuni modelli di intervento con la famiglia, sostiene che un approccio di counseling consente all'operatore psichiatrico di entrare di più e meglio in contatto con il mondo dei famigliari: empatia, congruenza, autenticità e ascolto sono opportunità, per l'infermiere, di veicolare fiducia, quindi collaborazione nei famigliari.

Maurizio Cocchi *"Comunicazione, relazione, counseling: abilità' per accompagnare un percorso di malattia grave"*

Il corsista, forte della propria esperienza nell'ambito delle cure palliative domiciliari, ci mostra come ogni storia, ogni persona, ogni colloquio possano arricchire professionalmente e personalmente gli operatori. Se solo l'infermiere si lascia permeare dall'altro, senza rimanerne travolto, se ammette la propria umanità e limitatezza e al contempo la forza che può trarre dalla formazione e dall'esperienza, se ritrova il senso del "care", dell'accompagnamento, della vicinanza non potrà che trarre maggior soddisfazione dalla propria professione. Questo processo rende, per

l'infermiere "sacro" ogni incontro e attiva strumenti ulteriori per curare anche le proprie ferite una volta che l'operatore ne sia consapevole.

Andrea Corradini *"Relazionare con i famigliari dei pazienti affetti da demenza"*

Lavorando con i pazienti dementi la relazione diviene strumento importante per apportare qualità di vita a queste persone; in questo contesto l'operatore si trova a dover gestire anche la problematica della comunicazione con i famigliari sia per la gestione pratica e la comprensione dei bisogni del malato sia per il contenimento delle angosce e dei sensi di colpa dei famigliari stessi. La competenza professionale diviene il miglior strumento da mettere in campo per creare un'alleanza con la famiglia che favorisce poi l'operatore nell'assistenza al malato. Questa alleanza, attivata con competenze professionali congruenti, aiuta la famiglia a costruire un contatto meno pauroso col suo caro e diventa inoltre strumento di supporto per i famigliari medesimi.

Gina Dallari *"L'alleanza col paziente: esperienze in un day hospital oncologico"*

In questo elaborato si sottolinea la centralità della relazione umana e della comunicazione nelle professioni d'aiuto. La corsista evidenzia l'importanza della formazione in tali ambiti per acquisire maggiori competenze e per perfezionare la propria professionalità. Si sofferma ad analizzare in particolare il delicato momento dell'accoglienza del malato, cruciale in un servizio di Day Hospital Oncologico definendo quali abilità di counseling possano favorire l'apertura di una relazione e l'istaurarsi della fiducia.

Simona Darcchio *"Emozioni nella fantasia del cancro"*

La corsista afferma che il tema della morte e della malattia oncologica ad essa correlata è per la società e per gli operatori sanitari "qualcosa" da cui continuare a fuggire. Gli operatori sanitari, che incontrano i pazienti oncologici nelle loro

unità operative, sono più propensi a prendersi cura della malattia piuttosto che del malato e della sua famiglia. Questa modalità di presa in carico induce nella persona malata un senso di emarginazione, di diversità e di mancata soddisfazione dei propri bisogni. Molto spesso questi pazienti, nell'arco del processo di cura, hanno bisogno di operatori sanitari capaci e disposti ad offrire ascolto, dialogo, comprensione.

Questi "semplici" strumenti permettono alla persona malata di sentirsi un po' più sicura e un po' meno diversa.

Valentina Giorgi *"L'infermiere e le abilità di counseling: un percorso di autoconsapevolezza"*

La corsista, nell'ambito del suo lavoro afferma che, per poter utilizzare al meglio conoscenze, abilità e competenze che un corso di formazione, come quello appena terminato, in counseling offre, è opportuno che l'infermiere che lo frequenta affini in parallelo un percorso di consapevolezza di sé. Utilizzando la metafora del "guaritore ferito" sostiene che l'infermiere, per entrare in contatto, quindi in relazione, con le ferite che i pazienti presentano necessita di incontrare le sue.

Iole Giovanardi *"Lasciando che sia....sindrome del bourn out. Operatori prigionieri delle loro emozioni"*

La letteratura e le esperienze degli operatori sanitari affermano che prestare servizio in Rianimazione, Hospice, Reparti Oncologici, Servizi di Salute Mentale, Servizi per Handicap, Centri Grandi Ustionati e Riabilitazione per pazienti con traumi al midollo osseo e non, espone maggiormente al rischio di sindrome da bourn out. La corsista afferma che per continuare a prestare servizio in luoghi come questi, dove l'obiettivo assistenziale per lo più non è la guarigione ma la curabilità possibile, serve che l'infermiere "visiti" le sue emozioni, soprattutto quelle salvifiche ed onnipotenti e rimoduli queste sulla base di un percorso che contempla limiti, confini, imperfezioni come

umane, quindi foriere di alleanza possibile.

Grassi Sandra *"La relazione d'aiuto come possibilità per rieducare all'autonomia e all'autostima"*

Il tema individuato e trattato dalla corsista è la possibilità di utilizzare in ambito professionale una particolare forma di relazione d'aiuto quale è la relazione educativa. Il momento della dimissione per un paziente sottoposto ad un intervento chirurgico altamente demolitivo è un momento di particolare disagio e confusione. Una relazione educativa orientata al paziente, al suo vissuto, ai suoi bisogni e alle sue risorse è un'opportunità per restituirgli autonomia e autostima possibili.

Maria Claudia Menozzi *"Il bambino gravemente malato e la sua famiglia in una unita operativa di pediatria"*

Essere genitori di un bambino con handicap mette i genitori medesimi in una situazione di dolore, isolamento, emarginazione, perdita quindi in una situazione definibile, anche questa volta, di "lutto in elaborabile".

La corsista, attraverso il suo lavoro, afferma che un infermiere può prendersi cura di questi bambini solo se si prende cura anche delle loro famiglie. Il calore, l'ascolto, l'empatia, l'accettazione, l'interessamento, il contatto sono le modalità relazionali che permettono all'infermiere un intervento di "care" alla famiglia.

Angela Morotti *"Io sono qui, tu dove sei?"*

La corsista, Caposala in un Servizio di Medicina, ha individuato come oggetto del suo elaborato l'incontro di due universi: quello dell'infermiere con il suo mandato istituzionale e quello dell'utente con il suo "ilness" quindi con il suo modo unico di esprimere i bisogni.

Analizzando il tipo di relazione che l'infermiere istaura con il paziente la corsista dimostra che, se l'infermiere è in grado di utilizzare e gestire, con competenza professionale le modalità di relazione, il pro-

cesso assistenziale risulta più soddisfacente e pertanto qualitativamente più alto sia per il paziente che per l'infermiere.

Catia Pancani *"La malattia come esperienza di perdita e stili relazionali di vicinanza"*

Attraverso questo elaborato la corsista afferma che per stare con il paziente e il suo nucleo familiare in un processo di malattia che toglie sicurezza, identità, immagine, autostima, progetti è utile che l'operatore ragioni e si confronti con le proprie perdite e con i propri lutti. Se questo percorso di conoscenza di sé non si attiva, è difficile mettere in campo modalità relazionali di vicinanza e di "compassione".

Federica Righi *"Il primo colloquio in ematologia"*

Il tema di questo elaborato verte sull'importanza di fare arrivare al paziente, durante il primo colloquio, in un reparto percepibile come "lontano e freddo", messaggi significativi di lui e per lui.

A questo scopo la corsista sostiene che condurre un primo colloquio sapendo comunicare, quindi usando ascolto attivo, comprensione, tecniche comunicative di counseling, è un indicatore di professionalità orientata all'aiuto e al paziente.

Sabrina Ronzoni *"Ho il cancro: andare oltre la diagnosi"*

L'argomento trattato in questa tesi ha come oggetto l'assistenza infermieristica al paziente con diagnosi di cancro. La corsista afferma che in tale ambito sono necessarie competenze sia di sapere, saper fare che di saper essere. Il sapere e il saper fare sono funzionali alla complessità assistenziale, il saper essere consente di stare con il paziente in modo competente e consapevole, quindi al riparo dai rischi di proiezione, identificazione, ipercoinvolgimento, ecc. Ancora il saper essere agevola l'infermiere a cogliere la speranza possibile del paziente e a condividerla emozionalmente anche se razionalmente sa che quella speranza non sarà sempre raggiungibile.

Migliora il lavoro = migliora l'assistenza, si riduce il rischio da movimentazione manuale

A cura di:

Ing. Giovanni Guatelli *Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione*

Gli investimenti affrontati dall'Arcispedale acquistando nel 2002 un numero consistente di letti meccanici elevabili, poi i letti elettrici a complemento nel 2003, abbattano il rischio del lavoratore e insieme agevolano la mobilizzazione del paziente per le Unità Operative con maggiore movimentazione.

Tali mezzi naturalmente vanno utilizzati seguendo le istruzioni impartite dal costruttore.

Il Servizio di Prevenzione ha partecipato alla selezione insieme ai Coordinatori di U.O., a Tecnologie Biomediche, al Servizio Alberghiero, inoltre rimane a disposizione per agevolare gli operatori, ottenendo i migliori benefici dall'uso razionale e regolare dei dispositivi.

I corsi di formazione sulla movimentazione manuale dei pazienti, rivol-

ti in questo periodo a operatori ancora non istruiti, comprendono lezioni pratiche e teoriche somministrate da un gruppo di Fisioterapisti (Spaggiari, Plichero, Gaddi, Greco, Palvarini, Montanari), insieme a istruzioni sull'uso di ogni tipo di ausilio, proposte dal Coordinatore del Room Ortopedia G.M.Fantuzzi.



Cosa è la medicina basata sulle evidenze

A cura di:

Dott. Michele Zini U.O. Endocrinologia

In medicina esistono moltissimi argomenti sui quali i medici sono incerti e sui quali non sono in grado di fornire ai pazienti risposte sicure e univoche. La terapia ormonale della menopausa è sicura? E' vero che favorisce l'insorgenza di carcinoma della mammella? Quando si devono utilizzare i farmaci per il colesterolo? E per quanto tempo? Quali sono i valori di pressione che devo raggiungere? Chi è che deve essere sottoposto a vaccinazione antiinfluenzale?

Tutti o solo alcune categorie di pazienti? E così via per numerosissime domande. Ognuno, naturalmente, si documenta ed elabora una propria convinzione personale, dalla quale scaturiscono le scelte e le decisioni. Eppure, la letteratura medica è piena di lavori scientifici che parlano della terapia della menopausa, del colesterolo, della pressione. E allora perché queste incertezze, alle quali ognuno risponde in maniera propria e spesso molto differente dagli altri? La medicina basata sulle evidenze (EBM - Evidence-Based Medicine) si occupa proprio di questo.

D'altro canto, esistono argomenti ormai consolidati, nei confronti dei quali ci sentiamo tutti molto sicuri. Eppure talvolta ci si accorge che atteggiamenti non oggetto di confronto e discussione si rivelano inadeguati, e scelte sempre considerate sicure appaiono non così sicure o addirittura pericolose. Anche di questo si occupa la EBM.

Il nostro ospedale ha investito molto in questo campo, proponendo ad un gruppo di operatori sanitari un percorso formativo specifico che ormai è giunto a compimento e comincia a dare i suoi frutti. Un certo numero di medici ed infermieri ha appreso il metodo di lavoro e di studio della EBM, e si inizia ora ad applicare operativamente i risultati di questo lavoro.

In sintesi, il percorso può essere così schematizzato:

- si identifica un problema "critico": malattie gravi, procedure complesse, problematiche ricorrenti nella pratica assistenziale, magari con elevato consumo di risorse;
- si ricerca in modo sistematico e esamina criticamente la letteratura scientifica disponibile sull'argomento;
- si identificano le aree di intervento che

possono essere migliorate;

- si stabilisce quali sono le scelte scientificamente più appropriate e le si diffondono a tutti gli operatori interessati sotto forma di "raccomandazioni";
- dopo un certo tempo si misura, attraverso indicatori opportuni, quale è il risultato raggiunto.

Questo processo è stato chiamato "ciclo dell'audit clinico".

Il gruppo di lavoro sulla qualità clinica costituito all'interno del S. Maria Nuova (denominato CEU-Unità per la Efficacia Clinica) sta muovendo i suoi primi passi, ed ha elaborato due linee-guida adottate in tutta la Provincia (la CEU comprende anche rappresentanti della USL): una sull'uso del sangue e degli emoderivati, l'altra sulla gastroprotezione da FANS. Le linee-guida sono da tempo a





disposizione di tutti gli operatori e sono già disponibili dati preliminari molto incoraggianti sui miglioramenti ottenuti. Molti colleghi che lavorano in ospedale o sul territorio si sono attivati, redigendo documenti simili a linee-guida su molteplici argomenti di loro competenza specialistica. L'interesse per la EBM come metodo di lavoro si sta diffondendo; componenti della CEU sono stati inclusi in alcune commissioni di lavoro del S. Maria Nuova, con lo scopo di apportare il contributo della EBM. In città, l'interesse per la EBM sta interessando l'Ordine dei Medici, la Società Medica Spallanzani, i Medici di Medicina Generale.

Come sempre, esiste un problema di risorse. L'impegno nella CEU si somma algebricamente a tutte le altre attività istituzionali, che già saturano abbondantemente l'orario di lavoro. Finora l'entusiasmo ha consentito di superare le difficoltà, ma se si vuole che la CEU produca realmente una mole di lavoro significativa e rilevante per qualità e quantità è necessario sostenerla: già circola un aforisma

secondo il quale "a isorisorse, corrisponderanno isorisultati".

In ambito endocrinologico, l'interesse per la EBM è alto. Molti colleghi di altre città chiedono collaborazione nell'organizzare corsi formativi, eventi didattici, sessioni interattive. Dal dicembre scorso i colleghi endocrinologi di Verona, Negrar, Bassano del Grappa, Roma (3 diversi enti ospedalieri!), Firenze e Napoli ci hanno coinvolto in iniziative che, di volta in volta, hanno interessato o la EBM in generale o argomenti tematici endocrinologici: osteoporosi, menopausa, tireopatie, dislipidemie. Le due società scientifiche nazionali di endocrinologia (AME e SIE) si stanno dimostrando molto recettive, e la AME ha fatto della EBM il metodo base di lavoro, riportato financo nello statuto. Anche l'ambiente accademico sta dimostrando interesse. I colleghi della AACE-Associazione Americana degli Endocrinologi Clinici, ospiti nostri nel novembre scorso, si sono mostrati estremamente interessati alla "Evidence-based Endocrinology". I bisogni formativi sono spesso elementari, e partono dalla necessità di imparare a consultare appropriatamente le banche-dati. Molti colleghi ci riconoscono una leadership in questo campo: non a caso, organizzammo nella nostra città un corso pionieristico di "EBM in endocrinologia" già tre anni fa. Tutti questi colleghi percepiscono che, dietro il nostro interesse per la EBM e alla base

delle applicazioni che della EBM facciamo nella attività clinica, ci sono un investimento ed una programmazione di un intero ospedale; intuiscono che non si tratta di una avventura, ma di una opera sistematica, che conferisce forza, vigore e prospettiva a tutto questo. Per noi è chiaro che la EBM non è una moda. E' invece un metodo nuovo di lavoro, che consente di chiarirsi le idee su argomenti controversi, di orientarsi su argomenti complessi, di migliorare la propria attività clinica. Infine, come ho già avuto modo di esprimere a Palazzo Rocca-Saporiti nel corso del convegno sulla Qualità clinica del dicembre 2001, questi temi hanno un grande e diretto impatto sulla validità delle cure ricevute dalla nostri pazienti: si parte dalle necessità espresse dai pazienti, le studiamo secondo un metodo rigoroso, cerchiamo di elaborare delle risposte appropriate, ed al paziente ritorniamo con una risposta che riteniamo valida. E ho visto che questo è un buon modo di lavorare.



Progetto Web Community Laboratorio di innovazione dell'Ospedale di Montecchio

A cura di:

Dott.ssa Rita Iori Biblioteca ASMN

Dott. Alessandro Navazio UO di Medicina Ospedale di Montecchio

L'Ospedale di Montecchio è il primo laboratorio di innovazione nell'ambito del progetto Web Community.

Il programma prevedeva di eseguire come "formazione di ingresso" un corso di base su tematiche EBM per i medici dell'ospedale di Montecchio. Sulla scorta del numero dei medici operanti presso questo presidio ospedaliero sono stati concordati 8 corsi di 4 pomeriggi ognuno dalle ore 14 alle ore 18. I docenti per ogni corso erano rappresentati da un medico che aveva già eseguito formazione in ambito EBM coadiuvato, nelle giornate prestabilite, da una documentalista o da uno statistico;

1) Presentazione del progetto

Il progetto Web Community è stato presentato ai medici di questo presidio ospedaliero nell'ambito della presentazione della Lineaguida sulla gastroprotezione da farmaci (prodotta dal gruppo CEU interaziendale).

2) Capillarizzazione dell'informazione ed invio schede di adesione

E' stato inviato a tutti i medici un plico cartaceo in cui era ripreso il progetto Web Community con il programma dei Corsi EBM ed una scheda di adesione. I professionisti coinvolti sono stati tutti i medici dell'ospedale di Montecchio (compresa DS), del P.S. (MET), del Servizio di Pediatria-Nido e dell'Igiene pubblica per un totale di 65 unità. Il foglio di adesione prevedeva la possibilità di esprimere preferenze, in termini di date, per il corso da seguire.

3) Raccolta schede

La maggioranza dei professionisti (58 su 65) ha aderito al corso restituendo dopo averla compilata la scheda di adesione. I professionisti che non hanno aderito in prima battuta sono stati contattati personalmente (in questo modo sono stati "recuperati" 6 dei 7 professionisti che non avevano inviato il foglio di adesione; il medico che non ha partecipato aveva in precedenza seguito un percorso formativo aziendale EBM).

4) Formazione dei gruppi

I partecipanti sono stati suddivisi in 8 gruppi. Le caratteristiche che doveva avere ogni gruppo erano

- a) multidisciplinarietà
- b) presenza di almeno due medici esperti in utilizzo di computer (come eventuale figura di tutor per i colleghi poco o per niente avvezzi al-

l'utilizzo del supporto informatico)

5) Divulgazione dei gruppi con le date

Il piano del corso con la composizione dei gruppi (nomi e relativa specialità) è stato inviato a tutti i partecipanti ed ai docenti.

6) Aula-laboratorio

E' stato contattato e sollecitato il CED per allestire l'aula dove si sarebbe dovuto svolgere il corso con n° 3 postazioni computer, una stampante, il collegamento ad Internet, un video proiettore ed uno schermo per proiezioni. L'aula, oltre che per il corso, è ora anche disponibile per l'utilizzo dei computer da parte dei medici che non hanno accesso ad Internet dai Reparti.

7) E' stata infine eseguita la parte organizzativa di preparazione dell'aula e di presentazione dei docenti.

Tutta l'attività di organizzazione sopradescritta è stata svolta dal dott. Alessandro Navazio.

I corsi, iniziati il 3 febbraio 2003, si concluderanno il 21 maggio 2003. La partecipazione ai corsi è stata massiccia e l'interesse mostrato dai corsisti per i temi trattati notevole. Alla fine dei corsi verrà elaborato il questionario di "valuta-

zione" dei corsi dal quale ci aspettiamo utili commenti e suggerimenti.

Programma del corso

1° giorno (a cura della Documentalista):

- Medline

o Parte teorica: Filosofia e struttura della b.d.

o Dimostrazione pratica: Modalità e strategie di ricerca

2° giorno (a cura del Clinico):

- Fondamenti della EBM

- Parte teorica: Tipi di quesito clinico e di studi clinici

- Dimostrazione pratica di ricerca e valutazione RCT e meta-analisi

3° giorno

- Banche-dati di meta-analisi: dimostrazione pratica (Cochrane library) (a cura della Documentalista)

- Parte teorica: le linee-guida (a cura del Clinico)

- Dimostrazione pratica: banche-dati di linee-guida (a cura della Documentalista):

4° giorno (a cura del Clinico):

- Esercitazione pratica sulle banche-dati di linee-guida

- Parte teorica: cenni sul clinical audit

- Prova a quiz

Lavoro individuale a distanza (da inviare al di docenti per la revisione)

Edizioni del 1 semestre 2003

I edizione: 3/2 - 17/2 - 24/2 - 3/3

(Roberto Baricchi e Rita Iori)

II edizione: 7/2 - 12/2 - 19/2 - 25/2

(Alessandro Navazio e Chiara Bassi)

III edizione : 10/2 - 14/2 - 21/2 -

28/2 (Roberto Baricchi e Rita Iori)

IV edizione : 27/2 - 5/3 - 12/3 -

19/3 (Alessandro Navazio e Chiara Bassi)

V Edizione: 31/3 - 1/4 - 8/4 - 16/4

(Michele Zini e Rita Iori)

VI Edizione: 7/4 - 9/4 - 15/4 -

30/4 (Romano Sassatelli e Chiara Bassi)

VII edizione: 14/4 - 22/4 - 6/5 - 13/5 (Michele Zini e Rita Iori)

VIII Edizione: 5/5 - 9/5 - 14/5 -

21/5 (Romano Sassatelli e Chiara Bassi)

Le date sottolineate prevedono la presenza del Documentalista.

La prima data di ogni modulo è totalmente a suo carico, mentre la seconda data prevede la compresenza del Clinico e del Documentalista.

Destinatari:

tutti i medici operanti nell'Ospedale di Montecchio.

Tipologia dell'evento secondo il programma nazionale ECM:

formazione teorico-pratica finalizzata allo sviluppo continuo professionale.

Obiettivi formativi e contenuto del corso

- il corso riguarda le nozioni base della EBM. L'obiettivo è di fornire le conoscenze di primo livello su tipi di studi clinici, banche-dati (con parte pratica), RCT, meta-analisi, linee-guida.
- Vengono inoltre illustrate le principali modalità di gestione dell'informazione biomedica e di utilizzo delle risorse bibliografiche on-line (sia quelle pubbliche sia quelle che saranno messe a disposizione attraverso il sito della Biblioteca ASMN).

Metodologia didattica:

esposizioni frontali, esercitazioni pratiche a piccoli gruppi (in aula) lavoro individuale (a distanza, con revisione del docente).

Verifiche di apprendimento:

questionario di fine corso, lavoro individuale.

Docenti:

pool di esperti di metodologie per il governo clinico, che fanno parte della Unità per la Efficacia Clinica a livello provinciale (Michele Zini, Endocrinologo ASMN, Alessandro Navazio, Cardiologo Montecchio, Roberto Baricchi, Immunoematologo ASMN, Romano Sassatelli, Gastroenterologo, ASMN, Rita Iori, documentalista ASMN, Chiara Bassi, documentalista CEVEAS, Debora Formisano, statistica ASMN, Sara Baruzzo, statistica AUSL).

Formato del corso:

Sono previste parti teoriche alternate a parti pratiche costituite da esercitazioni su PC. Sono previsti 2 partecipanti per ogni PC.

Ogni corso è organizzato in quattro moduli didattici (incontri pomeridiani), ciascuno di 4 ore, che si svolgeranno con cadenza, di massima, settimanale per complessive 20 ore (16 in aula + 4 di lavoro individuale a distanza). Ogni corso sarà frequentato da 6-8 partecipanti, per consentire l'utilizzo ottimale dell'aula informatica che verrà allestita presso l'ospedale di Montecchio e che sarà in seguito destinata alla consultazione on-line. I materiali del corso verranno forniti in formato elettronico.

Edizioni:

sono state attivate otto edizioni (marzo - maggio 2003) per consentire la partecipazione di tutti i medici dell'Ospedale di Montecchio.

Accreditamento ECM:

è stata presentata la domanda di accreditamento regionale ECM. Sulla base di iniziative analoghe si prevede una attribuzione pari a 20-25 crediti.

Campagna regionale sulla donazione del sangue “La vita non aspetta. Diventa donatore di sangue”

A cura di:
Maria Grazia Puzo Ufficio Relazioni con il Pubblico



La Regione Emilia Romagna, in collaborazione con le Aziende Sanitarie e le Associazioni dei donatori di sangue, Avis e Fidas, nei giorni scorsi ha dato il via ad una campagna di comunicazione e sensibilizzazione sul tema della donazione volontaria di sangue.

Il 2 aprile, presso l'Arcispedale Santa

formazioni sull'argomento e le iniziative previste dalla campagna, sia a livello provinciale che regionale.

Informazioni su come e dove è possibile donare, potranno essere richieste agli operatori degli Uffici Relazioni con il Pubblico delle Aziende Sanitarie, oppure agli operatori del Numero Verde del Servizio Sanitario Regionale 800 033 033 attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 17.30 e il sabato dalle 8.30 alle 13.30.

Non passa inosservata l'immagine scelta dalla Regione Emilia Romagna per lanciare la campagna 2003: un chirurgo, con mascherina e guanti, quindi, pronto ad operare ma provocatoriamente con mani legate. Un messaggio forte e carico di emotività per sensibilizzare sempre più cittadini alla donazione del sangue e sottolineare l'importanza fondamentale del loro contributo, senza il quale la vita avrebbe le mani legate.

Maria Nuova (Palazzo Rocca Saporiti) si è svolto un incontro provinciale con lo scopo di illustrare i contenuti della campagna, che prevede diverse iniziative, tra cui un city tour all'interno dei supermercati e centri commerciali Coop e un concorso, rivolto agli studenti delle scuole superiori, realizzato in collaborazione con Vodafone - Omnitel: "Inventa uno Slogan. Donare Premia".

L'8 giugno si terrà la prima giornata nazionale della donazione del sangue. Scopo della giornata è naturalmente quello di favorire la crescita della cultura della donazione, oltre che prevenire il calo di offerta nei mesi di maggiore domanda, quelli estivi.

In ogni caso, il sito internet www.donaesangue.it contiene tutte le in-

