



ARCISPEDALE
SANTA MARIA NUOVA

AZIENDA OSPEDALIERA
REGGIO EMILIA

Regione Emilia-Romagna

Notizie



2

NOTIZIE

PERIODICO BIMESTRALE
dell'ARCISPEDALE S. MARIA NUOVA
di REGGIO EMILIA
Reg. Trib. di Reggio E. n. 940 del 11/02/97
ANNO VIII - 2002 - 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 2^a
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 1^a
Paolo Marconi / Dip. Emergenza Urgenza
Massimo Pantaleoni / Dip. Area Critica
Vando Piccagli / Area Tecnologica Scientifica
Mirco Pinotti / Direzione Sanitaria
Maria Ravelli / Autorizzazione/Accreditamento
Guglielmo Rossi / Dip. Area Medica 2^a
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 1^a
Giulio Zuccoli / Dip. Diagnostica per Immagini
Francesca Zuelli / Segreteria "Notizie"

Hanno collaborato a questo numero

Giuseppe Albertini
Roberto Baricchi
Beltrami Patrizia
Monica Benassi
Marco Bigliardi
Walter Bottari
Orietta Bovolenta
Francesca Briganti
Emanuela Burani
Liviana Fava
Annamaria Ferretti
Cristina Fontanesi
Debora Formisano
Luigi Gugliotta
Marina Iemmi
Mariapaola Lince
Danilo Manari
Gian Franco Mercurio
Franco Nicoli
Andrea Nitrosi
Stefano Regnani
Sandro Salzano
Ivana Spaggiari
Margherita Ugoletti

Progetto Grafico

Lidia Scalabrini

Sede Redazione

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

Stampa

Tipografico dei Comuni

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

SOMMARIO

Editoriale	pag. 3
Comitato per l'Ospedale senza Dolore	pag. 4
Tumore tiroideo e Genetica molecolare	pag. 5
Il servizio alberghiero verso la certificazione ISO 9001/2000	pag. 7
Progetto "DEBURO"	pag. 8
ASMN: trapianto di midollo osseo... a tre cifre	pag. 9
La WEB COMMUNITY per l'appropriatezza della pratica clinica	pag. 11
Workshop di Evidence Based Laboratory Medicine (EBLM) e Evidence Based Transfusion Medicine (EBTM)	pag. 13
Aspetti innovativi delle indagini di soddisfazione in ospedale	pag. 14
Progetto gestione della documentazione	pag. 16
Pre-visita di accreditamento al dipartimento di area critica	pag. 17
Brevi note sull'anno che è passato e sull'anno che verrà!	pag. 18
Incarichi di posizione	pag. 19
La valorizzazione delle competenze: nuove prospettive per professioni che cambiano	pag. 20
Dipartimento Area Medica 1 ^a : perchè un manuale per l'accreditamento?	pag. 22
Lo standard di prodotto/servizio nel dipartimento area critica	pag. 23
Analisi dell'appropriatezza nell'assegnazione del codice giallo	pag. 24
Programmi dipartimentali e aziendali per il Governo Clinico: un breve aggiornamento	pag. 26
Colloquio immaginario con l'ultimo paziente salvato da un arresto cardiaco intraospedaliero all'ASMN	pag. 28
Benvenuti e informati	pag. 29
Risk management: analisi del rischio nelle strutture sanitarie	pag. 30
PACS e Radiologia Digitale: la riorganizzazione del Dipartimento Diagnostica per Immagini	pag. 32
Il Sistema Informativo Ospedaliero - La cartella di reparto	pag. 34
Centro di Educazione Continua e di Documentazione per il Governo Clinico e l'Innovazione Professionale	pag. 36
Assistenza infermieristica ed evidenze di efficacia	pag. 38
Nuovo look per Notizie	pag. 39

Benvenuta Dr.ssa Maria Rita Buzzi



Dr.ssa Maria Rita Buzzi nuovo Direttore Amministrativo dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, già dirigente amministrativo di questa Azienda ed attualmente dirigente amministrativo presso l'Azienda Ospedaliera di Parma. La Dr.ssa Buzzi è nata a Novellara 44 anni fa, risiede a Reggio Emilia, è coniugata e madre di un figlio. Laureata in Economia e Commercio presso l'Università degli Studi di Modena ha conseguito il Master in Amministrazione e Gestione dei Servizi Sanitari presso l'Università degli Studi di Bologna e l'Assessorato Regionale alla Sanità dell'Emilia Romagna. Ha conseguito inoltre il Diploma di qualificazione avanzata nell'Amministrazione e Organizzazione Sanitaria presso la Scuola Superiore di Amministrazione Sanitaria di Roma. Attualmente svolge le funzioni di Direttore dell'Ambito Attività Economiche e di Approvvigionamento dell'Azienda Ospedaliera di Parma nonché, ad interim, dell'Ambito Organizzazione, Sviluppo e Gestione Risorse Umane. Fino all'Agosto 2000 era Direttore del Servizio Economia, Finanza e Controllo di Gestione presso l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia. In precedenza aveva svolto funzioni di Responsabile del Controllo di Gestione dell'USL di Reggio Emilia, Responsabile del Settore Programmazione Finanziaria e Contabilità Direzionale dell'USL n. 9 di Reggio Emilia, Responsabile del Servizio Economato e Approvvigionamento dell'USL n.12 di Scandiano.

Editoriale

Abbiamo pensato di utilizzare questo “numero speciale” di Notizie per offrire alcuni esempi di come, a, due anni esatti di distanza dalla pubblicazione della “Carta dei Valori e degli Impegni” del nostro ospedale, si stia lavorando per rendere la nostra pratica quotidiana più aderente ai valori che abbiamo scelto di praticare e rispettosa degli impegni che ci siamo assunti, sia all’interno del S. Maria Nuova che verso i cittadini nostri utenti.

Si tratta, giocoforza, solo di alcuni esempi e non abbiamo la pretesa di aver fatto un censimento sistematico delle tantissime iniziative ma crediamo di poter stimolare una riflessione che, ne siamo certi, è in atto in tutti i nostri Reparti e Servizi e i cui frutti ci impegnamo a divulgare attraverso il proseguimento del nostro lavoro di redazione.

Ringraziamo quindi tutti coloro che hanno collaborato a questo numero e anche tutti quelli che ci hanno segnalato iniziative che non hanno trovato spazio in questo numero, ma che saranno presentate nei prossimi.

La Redazione



Comitato per l'Ospedale senza Dolore

Insediato nel nostro Ospedale il Comitato per l'Ospedale senza Dolore.

Una sensazione diffusa anche tra gli operatori sanitari è che il dolore, in ogni sua forma e manifestazione, sia un problema ancora non adeguatamente risolto nei pazienti ospedalizzati. La conferma arriva da indagini svolte a livello internazionale che hanno individuato, tra le criticità ed i tanti problemi che affliggono il paziente in Ospedale, la presenza del dolore ma ancor peggio la scarsa attenzione al controllo di questo devastante sintomo, che risulta ignorato o trattato in maniera inadeguata in una elevata percentuale di casi.

Quanto questo dipenda da fattori culturali (scarsa conoscenza del problema, pregiudizi sull'uso di farmaci oppioidi etc.) e quanto da aspetti organizzativi (assenza di "pain service" strutturati) e da vere o presunte preoccupazioni di ordine medico-legale, non è dato sapere ma di certo tutto ciò non giustifica l'atteggiamento "da struzzi" adottato da quanti, medici o infermieri, hanno in carico la gestione di pazienti che sono in Ospedale e che hanno dolore.

Sulla scorta delle sollecitazioni dell'Organizzazione mondiale della Sanità, il Ministero della Salute ha indicato le linee di indirizzo partendo dalle quali tutti gli addetti alla Sanità sono invitati a mettere in atto le strategie più opportune per garantire ai degenti in Ospedale il controllo del dolore o al minimo che esso sia contenuto entro limiti accettabili.

In particolare è stato raccomandata la costituzione di Comitati Aziendali che favoriscano iniziative promozionali per la diffusione delle conoscenze e di quant'altro utile affinché tutti gli operatori sanitari siano dotati di strumenti culturali e tecnici idonei ad un approccio complessivo al problema, allo scopo di soddisfare in maniera adeguata una

più che legittima esigenza dei degenti.

A questo scopo anche l'Arcispedale S. M. N. ha costituito il suo COSD (Comitato per l'Ospedale senza Dolore) riunendo rappresentanti di diversa estrazione, medici ed infermieri, con il compito di individuare, promuovere e proporre a tutti gli operatori sanitari che operano in Ospedale una sfida di elevato valore etico: potere dichiarare in tempi ragionevoli che il nostro è un "Ospedale senza Dolore".

Nelle prime riunioni si sono delineati i punti ritenuti di primaria importanza: a presto verrà effettuata una indagine conoscitiva a diffusione capillare con la distribuzione di un questionario da cui ricavare i dati per creare programmi formativi accreditati che trattino le conoscenze di base sul dolore; questo sarà l'inizio di un percorso progressivamente qualificante che consentirà ai fruitori una visione d'insieme con la possibilità di approfondire temi che possano interessare contesti

operativi particolari, ad esempio l'area delle degenze post-operatorie.

Altre iniziative seguiranno, con il dichiarato intento di arrivare ad una situazione di diffuso controllo per quanto attiene questo delicato problema, sperando nel concorso di tutti per ottenere consensi e consigli su progetti e proposte innovative, utili a favorire il processo di implementazione culturale ed un rapido adeguamento alle necessità dei degenti.

Il COSD, la cui sede è presso la Direzione Sanitaria di Presidio, sarà il terminale cui fare pervenire i contributi di tutti per creare i presupposti da cui far scaturire le iniziative più funzionali per perseguire e raggiungere i risultati previsti.

*Testo a cura del
Dott. Sandro Salzano,
responsabile del COSD
dell'Arcispedale S. M. N.*



Tumore tiroideo e Genetica molecolare

Breve storia di un percorso che nasce dal paziente ed al paziente ritorna.

A volte capita che le idee migliori nascono dalla pratica clinica quotidiana, e spesso dalla osservazione di singoli episodi o singoli pazienti. Questo può sembrare scontato ma, come ama ricordare il Prof. Italo Portioli, non lo è. Corriamo infatti il rischio di svalutare la routine, di ritenerla in contrapposizione o quantomeno estranea ai concetti di qualità e di eccellenza. E invece, come ribadisce il Dr. Roberto Valcavi, la ricchezza della casistica e lo spirito critico con la quale si assumono le decisioni sui singoli pazienti rappresentano il migliore terreno dal quale fare crescere idee, proposte, sperimentazioni. E con questo, chiosa il Dr. Andrea Frasoldati, si ritorna al singolo paziente e il cerchio si chiude: sarà poi infatti proprio il singolo paziente che si gioverà del miglioramento clinico derivato da questo processo. Questo modo di pensare ha trovato applicazione pratica in molte occasioni: riporto qui una delle ultime, relativa alle indagini di genetica molecolare per il carcinoma tiroideo.

Il carcinoma tiroideo è una patologia considerata rara. Rispetto ad altre malattie ad elevata incidenza e prevalenza di cui ci occupiamo, come l'iper- e l'ipotiroidismo, il gozzo e i noduli tiroidei benigni, l'osteoporosi, i disturbi mestruali, l'irsutismo, la obesità, in effetti certamente lo è. Tuttavia, presso il Servizio di Endocrinologia del nostro Arcispedale riceviamo ogni anno di circa 70-80 nuovi pazienti con carcinoma tiroideo, più della metà dei quali reggiani. Questi si sommano a quelli giunti alla nostra osservazione negli anni precedenti e, di fatto, sono diverse centinaia ormai i pazienti con questa patologia che seguiamo in follow-up attivo presso il nostro Centro. Ciò rappresenta nello stesso tempo un rilevante carico di lavoro e una preziosa opportunità profes-

sionale. E proprio dalla gestione di questa casistica è nata una osservazione, che via via ha assunto le caratteristiche prima di un sospetto e poi quasi di una certezza, che necessitava però di una conferma. Mi riferisco a quanto segue.

Il carcinoma tiroideo differenziato, diversamente da quanto noto per il carcinoma midollare, non è mai stato considerato una malattia genetica. Non esiste la raccomandazione di tenere sotto controllo i parenti (fratelli, figli) dei pazienti; non c'è alcun test di genetica molecolare. Eppure, nel grande numero di pazienti che seguiamo abbiamo notato che numerosi erano i casi a ricorrenza famigliare: molti pazienti riferivano in anamnesi famigliare che un fratello, un cugino, una zia, un nonno avevano avuto un tumore tiroideo. Queste segnalazioni, dapprima occasionali, si sono moltiplicate fino a farci sorgere il sospetto che una base genetica dovesse esistere anche per questa malattia, e che fosse questa la ragione di tanti casi ad andamento famigliare. In altre parole, ci è venuto il sospetto che il tumore tiroideo differenziato, differentemente da quanto fino a quel momento creduto, fosse trasmissibile geneticamente.

Ci siamo messi a cercare in letteratura qualcuno che fosse interessato o stesse studiando l'argomento. Attraverso la AACE - American Association of Clinical Endocrinologists (Società di endocrinologi clinici alla quale afferiscono specialisti di tutto il mondo e con cui è poi nata una fruttuosa collaborazione esitata nella organizzazione di un joint-meeting nella nostra città - novembre 2002) siamo entrati in contatto con la IARC - International Agency for Research on Cancer. Questo Istituto, che ha sede in Francia a Lione, aveva attivato al proprio interno una linea di ricerca proprio sulla genetica del tumore tiroideo. Si era costituito un Consorzio Europeo per il Carcinoma Tiroideo Differenziato, al quale afferivano una decina di Centri europei, ma anche statunitensi e australiani. Dopo uno scambio di reciproche informazioni ci siamo resi conto che il Consorzio aveva ciò che noi cercavamo (la competenza in genetica molecolare), e che noi disponevamo del materiale che a loro in quel momento in parte mancava (la casistica clinica). Le basi erano gettate, siamo subito entrati nel Consorzio come "active member" (cioè tra quelli con un ruolo operativo, mentre altri erano semplici contributori od osservatori) ed è partito il ragguardevole lavoro di recuperare i pazienti (avevamo nel frattempo identificato 11 famiglie con più di un componente affetto da carcinoma tiroideo differenziato e il nostro sistema informatico di Gestione Pazienti è stato molto utile), ricostruire il gentilizio, procurarci i blocchetti in paraffina con i rispettivi tessuti tumorali. Su questo punto abbiamo ottenuto la fattiva collaborazione del Servizio di Anatomia Patologica. Abbiamo anche raccolto campioni di sangue dai pazienti e dai loro parenti disponibili a recarsi presso il nostro Servizio.

A più riprese, abbiamo inviato a Lione il materiale: in tutto, campioni di sangue e tessuto tumorale da 25 pazienti appartenenti alle 11 famiglie da noi seguite. Unitamente ai campioni di sangue prelevati ai parenti dei pazienti, la nostra è arrivata ad essere la casistica più numerosa del Consorzio dopo quella del gruppo coordinatore dello IARC.

Dopo 5 anni di lavoro e dopo risultati iniziali negativi (sembrava non esserci alcun gene comune in questi pazienti), la attenzione si è focalizzata su alcune forme tumorali particolari (microcarcinomi papillari, che sono un sottogruppo non meno aggressivo dei carcinomi papillari: sono semplicemente più piccoli), e qui i risultati sono stati finalmente positivi. Sono stati identificati alcuni geni che erano presenti nei pazienti con microcarcinoma papillare molto più frequentemente rispetto ai soggetti di controllo. Le analisi di probabilità statistica hanno confermato che il dato era significativo: non si trattava di un caso. In altre parole, erano stati identificati dei "geni candidati", potenzialmente coinvolti nella genesi del microcarcinoma papillare. Questi geni sono allocati sul cromosoma 2.

I risultati sono stati resi noti, nei loro dettagli anche tecnici, in tre pubblicazioni scientifiche, riportate al termine di questo articolo e apparse nei mesi di agosto, settembre e novembre 2001.

Allo stato attuale, questo è lo stato delle conoscenze. E' stata trovata una base genetica che può spiegare perché esistono casi di carcinoma papillare che interessano più pazienti in una stessa famiglia. Questo vuol dire che ora dobbiamo guardare a questa malattia con una prospettiva diversa. Ad esempio, ora siamo molto più attenti e analitici nel raccogliere notizie sui famigliari dei nostri pazienti, e potremmo anche raccomandare loro di sottoporsi almeno ad un esame ecografico della tiroide. Un nodulo tiroideo nel figlio di un paziente affetto da microcarcinoma papillare assume un significato particolare, che deve essere tenuto in considerazione. Ora sappiamo che nel caso di questa malattia non si tratta di una generica predisposizione su base famigliare, ma che questa predisposizione si basa su elementi genetici specifici e ora noti. Vale la pena di sottolineare che tutto questo è stato possibile solo partendo da una casistica ampia e omogenea; non sarebbe nato nulla dalla osservazione di pochi e sporadici casi. Penso che questo sia una delle tante missioni dei Centri specialistici come il nostro, che aggrega casistiche ampie gestendole in modo omogeneo creando percorsi diagnostici e terapeutici razionali e facendo il possibile per assicurare uno standard qualitativo adeguato secondo le evidenze disponibili.

Ci sembra che tutto il lavoro svolto all'interno del Consorzio Europeo abbia prodotto qualche risultato utile. Come ho specificato nella premessa, quindi, siamo partiti da un problema rilevato sui pazienti durante la normale attività clinica, abbiamo compiuto un percorso (che in questo caso è stato di tipo scientifico - altre volte è stato di tipo tecnico, clinico, organizzativo-logistico o di altro tipo - e che ha comportato la identificazione di un partner adeguato, l'allacciamento di rapporti collaborativi, l'invio di materiale biologico, e la elaborazione dei risultati), e siamo ritornati al paziente. Possiamo ritenere quindi che, almeno per questa fase il cerchio, in accordo con quanto pensato dai miei tre Colleghi citati nella premessa, si sia chiuso. Se si confronta questo percorso con quelli previsti dai processi di accreditamento e qualità clinica, ci si accorgerà di notevoli somiglianze. Questo non è un caso, dato che ormai noi cerchiamo di organizzare la maggior arte delle nostre attività (dalla clinica all'aggiornamento al miglioramento continuo ai rapporti con i pazienti) secondo questi criteri.

Anche se questa prima fase di lavoro può dirsi chiusa, le prospettive non mancano. E' possibile che, in

futuro, le conoscenze sulla genetica del carcinoma tiroideo si affinino al punto da consentire la identificazione dei soggetti con pattern genetico "candidato". Potrebbe essere possibile sottoporre a screening genetico i famigliari dei pazienti affetti, e selezionare coloro che sono portatori dei geni che predispongono alla malattia. Questi soggetti potrebbero essere sottoposti a specifici programmi di sorveglianza clinica e, potenzialmente, a provvedimenti preventivi o terapeutici. Inoltre, coloro che invece risultassero non portatori dei geni potrebbero essere tolti dal programma di sorveglianza. La maggiore difficoltà a tutto questo risiede oggi nella difficoltà di capire cosa significa esattamente essere portatore di un gene "candidato". Non vuole affatto dire che, prima o poi, la malattia nascerà: vuole solo dire che c'è un aumentato rischio che nasca. E allora di quanto è questo rischio? E' un rischio teorico, potenziale o reale? In quali pazienti portatori dei geni candidati si svilupperà il carcinoma papillare? Perché in alcuni e non in altri? E perché un paziente si ammala da bambino e l'altro nella età senile? A parte nozioni generiche (intervento di fattori ambientali e necessità della cooperazione genetica-ambiente per la manifestazione fenotipica della malattia), non abbiamo risposte precise a queste domande. Attualmente, di fatto, chi si occupa della parte di laboratorio conosce poco la clinica, e viceversa. Anche noi, in questa nostra esperienza, ci siamo confrontati con questo limite. A questo proposito, sarebbe auspicabile la nascita di una figura professionale nuova e finora mancante, quella del "genetista clinico": il genetista clinico è colui che conosce la clinica, conosce la genetica e i suoi aspetti anche di laboratorio, e stabilisce un legame fra le due aree. E' colui che riesce ad attribuire un significato clinico ai dati di genetica molecolare. Con la diffusione delle metodiche di genetica molecolare e delle sperimentazioni in questo campo, prima o poi esisterà anche questa figura specialistica.

Dott. Michele Zini

Unità Operativa di Endocrinologia

Bibliografia

McKay JD, Lesueur F, Jonard L, Pastore A, Williamson J, Hoffman L, Burgess J, Duffield A, Papotti M, Stark M, Sobol H, Maes B, Murat A, Kaariainen H, Bertholon-Gregoire M, Zini M, Rossing MA, Toubert ME, Bonichon F, Cavarec M, Bernard AM, Boneu A, Leprat F, Haas O, Lasset C, Schlumberger M, Canzian F, Goldgar DE, Romeo G. Localization of a susceptibility gene for familial nonmedullary thyroid carcinoma to chromosome 2q21. *American Journal of Human Genetics*. 2001 Aug;69(2):440-6.

Corvi R, Lesueur F, Martinez-Alfaro M, Zini M, Decaussin M, Murat A, Romeo G. RET rearrangements in familial papillary thyroid carcinomas. *Cancer Lett*. 2001 Sep 20;170(2):191-8.

Corvi R, Martinez-Alfaro M, Harach RH, Zini M, Papotti M, Romeo G. Frequent RET rearrangements in thyroid papillary microcarcinoma detected by interphase fluorescence in situ hybridization. *Laboratory Investigation*, November 2001

Il servizio alberghiero verso la certificazione ISO 9001/2000

Un obiettivo ambizioso in un contesto di servizi di qualità

Sin dalla sua costituzione il Servizio Alberghiero ha cercato di caratterizzare la propria attività ponendo al centro l'attenzione al cliente ed attivando i metodi necessari ad offrire prodotti in grado di soddisfarlo.

Infatti, conseguentemente all'analisi dei vari processi, si è via via modificata l'organizzazione individuando da un lato procedure, modi di fare, regole e comportamenti che standardizzassero al meglio il prodotto, e dall'altro si sono attivati strumenti di verifica che, attraverso l'elaborazione dei dati raccolti, costituissero un punto importante per attivare piani di miglioramento.

L'analisi ha dovuto necessariamente essere molto dettagliata ed arrivare al nucleo dei vari processi per definire le modalità di realizzazione delle singole operazioni e, dopo averle raggruppate in "regole" e "modi di procedere" condivisi e ripetibili, passare alla sperimentazione operativa ed alla verifica dell'appropriatezza e dei risultati ottenuti nel tempo.

Nel settore Ristorazione, ad esempio, l'analisi ha permesso di ridefinire i ruoli delle U.O. e della cucina centrale permettendo il passaggio da una realtà, peraltro consolidata, dove era la cucina che decideva l'assortimento delle vivande da consumare dopo che il reparto aveva semplicemente comunicato il numero di pasti da inviare, all'attuale situazione in cui è il reparto o meglio il paziente a decidere cosa vuole mangiare.

Da questa che sembra una semplice ed ovvia misura ne è derivata la necessità di riorganizzare le modalità produttive definendo in modo puntuale non solo menù e ricette (quali ingredienti utilizzare, in quale quantità ed in che modo) ma anche i sistemi di contabilizzazione affinché, per ogni singola derrata, i quantitativi necessari fossero disponibili pur nel rispetto dei limitatissimi

spazi a disposizione nonché delle risorse assegnate in budget evitando qualsiasi spreco.

L'applicazione della normativa HACCP ha infine favorito in ciascun operatore il passaggio dal rispetto delle regole quale obbligo sopportato ma continuamente criticato alla matura consapevolezza della necessità di applicare procedure concordate, in un clima di costruttiva collaborazione dove ognuno si assume le proprie responsabilità e contribuisce al miglioramento dell'intero processo produttivo.

Allo stesso modo, anche per le pulizie si è provveduto a definire modalità d'intervento sempre più circostanziate fino ad arrivare alla stesura di specifici protocolli di pulizia differenziati a seconda delle diverse aree nonché alla gestione informatizzata del servizio e all'applicazione di un sistema certificato di valutazione del processo di lavoro e del risultato.

Non da ultimo il percorso di autorizzazione che sta permeando l'attività ospedaliera ha contribuito a creare le premesse per avviare il percorso di certificazione del servizio di cui la Direzione Aziendale, in sede di discussione budget 2002, ha approvato il progetto presentato da realizzarsi entro il 2004.

Il percorso che si intende seguire in collaborazione con l'U.S.O ed un esperto di certificazioni è articolato nelle seguenti tappe:

- studio di fattibilità con definizione di tempi ed azioni da intraprendere,
- ricognizione dell'esistente e valutazione con un esperto della documentazione esistente,
- formazione
- progettazione, approvazione, socializzazione e realizzazione degli strumenti operativi idonei ad implementare il miglioramento continuo della qualità percepita dal cliente,
- richiesta di certificazione ad un ente certificatore,
- visite di certificazione.

Attualmente gli operatori del Servizio Alberghiero stanno seguendo un breve periodo di formazione propedeutico alla valutazione ed eventuale ridefinizione dei processi di lavoro nonché della relativa documentazione a garanzia della qualità del prodotto.

Si presume che l'iter assorbirà gran parte dell'attività di certificazione del 2003.

Dr.ssa Annamaria Ferretti
Direttore
Servizio Logistico Alberghiero

Progetto “DEBURO”

Valutare l'impatto della adozione della procedura di semplificazione dei percorsi di cura per il cittadino.

L'Arcispedale S. Maria Nuova e l'Azienda Sanitaria Locale di Reggio Emilia hanno introdotto una procedura di deburocratizzazione degli accessi ai servizi sanitari con l'obiettivo di superare la frammentarietà dell'erogazione delle prestazioni e fornire un percorso unitario al cittadino-paziente in applicazione di quanto stabilito nella Delibera Regionale N° 2142 del 28/11/2000 "Semplificazione delle procedure di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali" e nel documento provinciale "Deburocratizzazione delle procedure di accesso alle prestazioni sanitarie".

I principi ispiratori sono:

- Far girare le informazioni e non le persone;
- Semplificare l'accesso dei cittadini agli ambulatori specialistici riducendo l'eccessiva burocrazia amministrativa;
- Superare la frammentazione degli interventi costruendo per il cittadino percorsi basati sulla continuità, la semplicità e l'integrazione delle risposte;
- Evitare la duplicazione delle pratiche amministrative per i professionisti e degli accessi non sanitari per il cittadino.

E' stato quindi predisposto uno strumento operativo costituito da una nuova serie di moduli per gli approfondimenti diagnostici necessari. La nuova procedura adottata da ASMN e AUSL, con il contributo dei sindacati medici maggiormente rappresentativi a livello provinciale, è operativa in via sperimentale dal gennaio 2001. (vedi progetto integrale <http://www.asmn.re.it/PercorsiIntegrati/CodiciColore.htm>)

Ad un anno e mezzo circa dall'introduzione della nuova procedura, le Aziende hanno ritenuto necessario, in accordo con la Regione Emilia Romagna, procedere ad un piano di monitoraggio e valutazione dell'impatto della procedura stessa, affidando la ricerca a "LeNove s.r.l. Studi e Ricerche Sociali".

PIANO DI VALUTAZIONE

La società di ricerca LeNove ha impostato un programma di monitoraggio e valutazione in grado di arrivare alla definizione degli elementi di criticità del sistema di interventi messo in opera. Lo scopo è quello di verificare se l'adozione della procedura sia stata assunta dagli attori coinvolti tramite condivisione del progetto o non, piuttosto, applicazione di una direttiva.

Il piano di valutazione si sviluppa secondo le seguenti fasi:

- Diagnosi organizzativa: partire da un check-up sotto il profilo organizzativo al fine di valutare se esistono delle incoerenze tra scelte tecniche ed organizzative, con l'intento di individuare le leve disponibili per il miglioramento.
- Analisi culturale rispetto soprattutto alle famiglie professionali più influenti sulla applicazione stessa della procedura: medici specialisti e di medicina generale, tecnici e operatori.
- Raffronto tra assunti culturali e contenuti della comunicazione eseguita dall'azienda.

TIMING

1° FASE: ANALISI DEL CONTESTO

Obiettivi	Metodologia	Tempi
Recepire informazioni	Raccolta dati sul grado di applicazione della procedura 4 interviste ai funzionari	Ottobre 2002
Le informazioni raccolte saranno utilizzate per l'impostazione delle interviste in profondità e per la guida dei focus group	Lavoro d'équipe 3 interviste prova	ottobre

2° FASE : INTERVISTE IN PROFONDITA'

Obiettivi	Metodologia	Tempi
Coinvolgere gli attori del processo. Capire la cultura professionale. Monitorare il grado di soddisfazione degli attori. Valutare l'impatto del processo.	30 interviste in profondità a medici specialisti ospedalieri e convenzionati e medici di medicina generale	Ottobre Novembre
Valutare l'impatto del processo in relazione ai processi di comunicazione, di organizzazione, di ruolo.	5 focus group (Medici di Medicina Generale, specialisti, caposala, operatori CUP e Uffici Gestione Risorse)	15 nov./15 dic. 2002

3° FASE: RAPPORTO FINALE

Obiettivi	Metodologia	Tempi
Rapporto finale relativo all'impatto della semplificazione dei percorsi di cura per il cittadino nel campione indagato	redazione rapporto	15 dicembre 2002 15 gennaio 2003

I risultati dell'analisi verranno utilizzati per mettere a punto azioni di miglioramento nell'ambito dei percorsi dei cittadini e della comunicazione interna ed esterna delle aziende sanitarie.

Dott. Mirco Pinotti
Direzione Medica di Presidio



ASMN: trapianto di midollo osseo... a tre cifre

IL 29 Agosto 2002 presso il nostro Arcispedale è stato realizzato il 100° Trapianto di Midollo Osseo (TMO). Ora, a fine Novembre, siamo già al TMO n.113.

Il cammino trapiantologico reggiano, iniziato pochi anni orsono (TAB 1), è stato piuttosto spedito, non tanto perché si è raggiunto un numero a tre cifre quanto perché ci si sta avvicinando, quasi a tappe forzate, al massimo della complessità oggi possibile.

TAB 1
TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO (TMO) NELL'ASMN:
PRINCIPALI TRAGUARDI

OTT	1997	ATTIVAZIONE U.O. DI EMATOLOGIA
MAG	1998	ATTIVAZIONE DEGENZA BASSA CARICA MICROBICA
GIU	1998	1° RACCOLTA CELLULE STAMINALI SANGUE PERIFERICO
LUG	1998	1° ESPIANTO DI MIDOLLO OSSEO
AGO	1998	1° TMO AUTOLOGO
OTT	1998	1° TMO AUTOLOGO CON DOPPIA SELEZIONE CELLULARE
NOV	1998	1° TMO SINGENICO
GIU	1999	ACCREDITAMENTO GITMO/EBMT
SET	1999	1° TMO ALLOGENICO CONVENZIONALE
GIU	2001	1° TMO ALLOGENICO NON MIELOABLATIVO
SET	2001	1° ESPIANTO DI MIDOLLO DA NON CONSANGUINEO (MUD)
AGO	2002	100° TMO

Dopo l'attivazione dell'U.O. di Ematologia e della Degenza a Bassa Carica Microbica (BCM) si è proceduto alle prime mobilizzazioni e raccolte di cellule staminali e il 5 Agosto 1998 è stato eseguito il 1° TRAPIANTO AUTOLOGO, seguito nel Novembre dello stesso anno dal 1° TRAPIANTO SINGENICO (cioè da gemello monocoriale).

Nel Giugno 1999 è giunto il riconoscimento internazionale (GITMO/EBMT) di Reggio Emilia quale Centro TMO e a Settembre, compiendo un fondamentale salto in termini di complessità trapiantologica, con non poca emozione è stato eseguito il 1° TRAPIANTO ALLOGENICO (da consanguineo HLA identico).

Infine, superati i 20 Espianti di Midollo Osseo e ottenuto l'accreditamento del Registro Italiano (IBMDR), nel Settembre 2001 si è realizzato il 1° ESPIANTO DI MIDOLLO MUD, cioè da Donatore Volontario non consanguineo.

I 113 TMO a oggi eseguiti, 94 AUTOLOGHI e 19 ALLOGENICI, sono stati destinati al trattamento di pazienti affetti da: Linfoma (42), Mieloma (40), Leucemia Acuta (14), Tumori solidi (14), Leucemia Mieloide Cronica (3). I risultati clinici sono piuttosto positivi e tali da raccomandare la prosecuzione del cammino fino al traguardo del TMO ALLOGENICO MUD, con cellule staminali da Donatore non consanguineo (da Registro) o da Banca di Cordone Ombelicale.

In tal senso è in fase di realizzazione un progetto biennale per il raggiungimento entro il 2003 dell'Autorizzazione GITMO/EBMT per l'esecuzione a Reggio Emilia del TMO MUD e per l'Accreditamento JACIE-ISHAGE. Nella stessa direzione va l'attività di raccolta e criopreservazione di cellule staminali da sangue cordonale, da poco avviata ma già molto intensa anche nell'ASMN.

In parallelo con il progredire dell'attività clinica ci si sta impegnando per affinare le procedure di raccolta e selezione delle cellule staminali, grazie anche alla collaborazione di un Esperto di biologia cellulare.

L'obiettivo di poter curare nell'ASMN ogni paziente che necessiti di terapia Trapiantologica fino al TMO MUD è raggiungibile ed il prossimo trasferimento presso il nuovo reparto BCM darà un contributo determinante.

Quanto realizzato finora è stato possibile grazie all'impegno e allo spirito di collaborazione degli Operatori Sanitari e non, dell'ASMN e della Comunità Civile in genere. Desidero approfittare di questo breve resoconto per menzionare le Unità Operative più coinvolte:

Ematologia

gestione globale della procedura TMO, dalla mobilizzazione delle cellule staminali o espianato di midollo, allo scongelamento e reinfusione delle stesse, nonché al monitoraggio clinico del paziente

Centro Trasfusionale

raccolta aferetica, selezione e criopreservazione delle cellule staminali, separazione e criopreservazione delle cellule da cordone ombelicale, tipizzazione HLA, supporto trasfusionale.

Laboratorio

valutazione immunofluorimetrica delle cellule staminali CD 34 positive.

Biologia Molecolare

diagnostica e valutazione malattia minima residua

Genetica

diagnostica e valutazione chimerismo

Oncologia

gestione comune dei pazienti con tumori solidi

RadioTerapia

irradiazione emoderivati

Anatomia Patologica

immunoistochimica, monitoraggio GVHD

Radiologia

TAC, RMN

Medicina Nucleare
PET

Microbiologia
batteriologia, virologia e micologia

Farmacia
preparazione farmaci per terapia di condizionamento

Pneumologia
broncoscopia, monitoraggio GVHD polmonare

Ostetricia
raccolta sangue cordone ombelicale

Un ruolo non trascurabile gioca la quasi totalità delle restanti U.O. dell'Ospedale.

A tutto ciò va aggiunto il ruolo fondamentale di programmazione e sostegno svolto dalla Direzione Aziendale che sin dall'inizio ha creduto nella validità del progetto Trapianto di Midollo Osseo.

Un ringraziamento particolare va al volontariato del GRADE (Gruppo Amici dell'Ematologia), dell'ADMO (Associazione Donatori Midollo Osseo), dell'ADISCO (Associazione Donatrici Italiane Sangue Cordonale), dell'AVIS (Associazione Volontari Italiani Sangue) e di altre Associazioni ancora.

Ma il grazie più intenso va ai nostri Pazienti e alle loro Famiglie per la fiducia che hanno accordato a tutti noi.

Dott. Luigi Gugliotta
Direttore U.O. di Ematologia



Ematologia: Unità a bassa Carica Microbica



Ematologia: Unità di Biologia Cellulare "Ing. G. Ferrari"



Centro Trasfusionale: Unità di Criopreservazione Cellulare

La WEB COMMUNITY per l'appropriatezza della pratica clinica

L'evoluzione delle conoscenze e delle tecnologie e una serie di circostanze, in parte legate agli orizzonti della programmazione regionale e nazionale e in parte maturate a livello locale, configurano un disegno armonico, capace di sostenere la creazione di una Web-community dei professionisti medici impegnati, a vario titolo, nella rete dei servizi sanitari.

Possiamo citare le principali:

Conoscenze e tecnologie

- Enorme e tumultuoso sviluppo della documentazione scientifica, che richiede la diffusione delle conoscenze, tra i medici, sulle risorse, sofisticate e specializzate, per gestire la ricerca dell'informazione disponibile on-line e per valutarla criticamente.
- Evoluzione a sempre più vaste aree disciplinari della medicina, di metodologie e strumenti per la valutazione della efficacia degli interventi sanitari (medicina delle prove di efficacia: Evidence-Based Medicine, EB Healthcare) e per la valutazione dell'impatto delle tecnologie sanitarie (Technology Assessment).
- Sviluppo, a livello europeo, nazionale e regionale di criteri per l'Educazione Continua e l'accredimento professionale dei medici e delle strutture sanitarie.

Programmazione regionale e nazionale

- Esigenza, ribadita nei Piani Sanitari, dello sviluppo di politiche e programmi per il Governo Clinico.
- Richiesta alle strutture del Servizio Sanitario di favorire il trasferimento dei risultati della ricerca scientifica alla pratica clinica assistenziale, per garantire l'innovazione.
- Promozione dell'impiego di terapie ed esami efficaci e impegno nel ridurre il ricorso a quelle inefficaci (legati alla politica dei Livelli Essenziali di Assistenza).
- Esigenza di contenere entro limiti accettabili la variabilità degli atteggiamenti clinici e di migliorarne l'appropriatezza.

Obiettivi principali del programma

- Promuovere** l'utilizzo delle migliori evidenze disponibili e il trasferimento dei risultati della ricerca scientifica nella pratica dei professionisti e dei servizi sanitari di un territorio provinciale.
- Promuovere**, nella comunità professionale dei medici di un territorio provinciale, la creazione di una web-community, per l'utilizzo integrato delle risorse on-line e la diffusione degli strumenti e delle informazioni per il Governo Clinico.
- Studiare** e sperimentare sul campo, attraverso l'attivazione di alcuni "Laboratori d'innovazione", un sistema che permetta ai medici ospedalieri, specialisti ambulatoriali e di Medicina Generale di condividere:
 - servizi formativi e di documentazione,
 - informazioni relative alle prestazioni erogate ai loro pazienti.
- Sperimentare** un modello per l'integrazione delle risorse di documentazione fra il livello regionale e quello locale, a supporto delle politiche regionali e locali di governo clinico, attraverso la collaborazione tra una biblioteca biomedica specializzata in Evidence Based Medicine ed epidemiologia clinica e una biblioteca regionale specializzata in Public Health ed epidemiologia di popolazione.

I "laboratori" scelti tra le strutture ospedaliere e i distretti della provincia di Reggio Emilia, in base all'avanzamento dei programmi di informatizzazione e di formazione in Evidence Based Medicine, sono:

- l'Ospedale e il Distretto di Montecchio (RE),
- il Distretto di Reggio Emilia
- l'Unità per l'Efficacia Clinica dell'AUSL di Reggio Emilia.

I "laboratori" tra le pratiche di medicina generale saranno scelti dall'Ordine dei Medici della Provincia di Reggio Emilia, negli stessi territori, e prioritariamente tra medici che hanno completato un percorso di acquisizione di competenze di base nei campi della Evidence Based Medicine e della Information e Communication Technology.

Le Équipes/strutture partecipanti per le due aziende (e i relativi referenti di progetto) sono:

Per l'ASMN

Sviluppo Organizzativo (Barbara Curcio Rubertini)
Tecnologie Informatiche (Sergio Bronzoni)
Biblioteca Scientifica (Rita Iori)
Direzione Medica di Presidio (Mirco Pinotti)
Unità per l'Efficacia Clinica (Michele Zini)
Progetto Arianna Line (Lidia Scalabrini)
Cardiologia (Massimo Pantaleoni)
Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche (Antonella Parisoli)
Anatomia Patologica (Luigi Serra)
Radiologia (Franco Nicoli)
Affari Legali e Istituzionali (Marina Ferrari)

Per l'AUSL Reggio Emilia

Sviluppo Organizzativo (Franco Prandi)
Tecnologie Informatiche (Luciano Sologni)
Direzione di Presidio (Attilio Mattioli)
Ospedale di Montecchio (Maurizio Miselli)
Programma per le Cure Primarie (Rosanna Carbognani)
Unità per l'Efficacia Clinica (Alessandro Navazio)
Radiologia - Montecchio (Mauro Marchetti)
Per l'Ordine dei Medici di Reggio Emilia
Salvatore De Franco (Presidente)
Euro Grassi (Medico di Medicina Generale)
Lina Bianconi (Medico di Medicina Generale)
Giorgio Canali (Medico di Medicina Generale)

WORKPACKAGES, PROTOCOLLI E METODOLOGIE DISPONIBILI**1) - Accesso alla documentazione scientifica e banche dati bibliografiche e Evidence-Oriented**

La realizzazione del progetto è possibile grazie all'impiego delle tecnologie per l'interrogazione e la consultazione delle banche dati scientifiche internazionali e nazionali, già fruibili nel Centro di documentazione-Biblioteca scientifica dell'Arcispedale, dove sono utilizzabili locali multimediali con più postazioni di lavoro.

E' previsto l'accesso diretto alla versione on line delle maggiori riviste scientifiche per la biomedicina.

L'accesso alle banche dati della letteratura scientifica è possibile anche direttamente dai personal computer distribuiti nell'Ospedale a ogni professionista.

L'intranet aziendale ha un ruolo importante per la diffusione delle conoscenze e dei prodotti (linee guida, audit) e per la condivisione di spazi di lavoro virtuali.

2) - Visualizzazione attraverso il browser Internet dei risultati degli esami di laboratorio accedendo al sito Internet della azienda sanitaria presso la quale l'assistito del MMG ha effettuato il prelievo.

L'applicazione Intranet attualmente attiva sul lato ASMN dovrà essere attivata presso AUSL e modificata al fine di consentire l'accesso ai dati solo in presenza della relazione Assistito-Medico di base-Consenso del paziente.

3) - Invio mediante posta elettronica di comunicazioni della Cardiologia ASMN direttamente al MMG che assiste il paziente in presenza della relazione Assistito-Medico di base-Consenso del paziente.

La sicurezza del sistema complessivo sarà progressivamente implementata secondo quanto previsto dalla legislazione vigente (dlgs 23 Gennaio 2002) implementando i vari livelli di firma elettronica e digitale in relazione alla riservatezza e criticità dei dati pubblicati.

La comunicazione sarà crittografata mediante SSL.

4) - Metodologie didattiche e docenti

Le metodologie per la didattica dell'Evidence Based Medicine sono quelle messe a punto a livello europeo e diffuse e promosse in Italia dal GIMBE e dalla Cochrane Collaboration e, a livello regionale, dalla Agenzia Sanitaria Regionale e dal CEVEAS tutti organismi pubblici o comunque, no-profit)

Gli insegnanti, sia medici che docu-

mentaristi, che verranno utilizzati come risorse di questo progetto, sono tutti docenti accreditati da almeno uno di questi organismi.

RISULTATI ATTESI

1- Come impatto di questo progetto e delle sue applicazioni sul Sistema Curante provinciale:

- promuovere valutazioni di efficacia e appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici,
- valutare le linee-guida cliniche attualmente in uso e implementare l'utilizzo di linee-guida sulle migliori evidenze disponibili,
- migliorare la qualità dei percorsi di educazione continua dei medici e orientarli al miglioramento delle competenze professionali utili al governo clinico.

in collaborazione tra Azienda Ospedaliera, AUSL, Ordine dei Medici e Agenzia Sanitaria Regionale.

Con la costituzione prima della Unità per l'efficacia clinica (CEU) e, d'ora in poi, col suo supporto, della WEB- Community a livello provinciale, le iniziative per la garanzia della qualità tecnico-professionale si svincolano da un'ottica di autoreferenzialità, e trovano una loro precisa collocazione, chiara ed esplicita, nell'organizzazione e nella pianificazione degli obiettivi e delle attività (percorsi di budget, accordi di fornitura, convenzioni e contratti). Questo permetterà di programmare ed effettuare gli interventi per il governo clinico in un ambito sistematico e quindi di razionalizzare le risorse ad essi destinate, semplificando la ridondanza di iniziative autonome e parcellizzate, che in precedenza erano effettuate senza un'adeguata verifica di impatto sui risultati del Sistema Sanitario a livello locale.

2 - Come attese specifiche da questo progetto:

- Tecnologie dell'informazione a disposizione dei professionisti medici.
- Servizi alla Comunità professionale di documentazione scientifica e sui percorsi dei pazienti.
- Utilizzo delle migliori evidenze: revisione principali LG in uso.
- Risorse di Documentazione

per il Governo Clinico: coordinamento Biblioteca ASMN - Biblioteca Assessorato Sanità RER.

- Fasi e Tempi.

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



Workshop di Evidence Based Laboratory Medicine (EBLM) e Evidence Based Transfusion Medicine (EBTM)

Incetti principali della Evidence Based Medicine o Medicina Basata sulle Evidenze (scientifiche) si stanno diffondendo nel nostro Ospedale.

Vari Dipartimenti hanno previsto nei loro piani di formazione corsi di base inerenti questa nuova metodologia sanitaria.

Il Dipartimento di Patologia Clinica nel corso del 2002 ha organizzato:

1 *workshop* strutturato in 4 giornate a tempo pieno per laureati e tecnici del Dipartimento stesso che ora formano la "rete" Dipartimentale per la Qualità Clinica composta da 15 persone. Questo primo evento si è concluso nel maggio 2002.

1 *workshop in EBLM* di base "aperto" anche ad esterni per tecnici di laboratorio, strutturato in 4 mezza giornate che ha visto la partecipazione di oltre 80 persone

1 *workshop in EBTM* di base che ha pure visto la partecipazione di esterni, rivolto a laureati, tecnici e a infermieri professionali. Entrambi questi due ultimi eventi si completeranno nei primi giorni di dicembre 2002.

Iniziative formative analoghe sono state definite anche nel 2003.

Come organizzatore di questi eventi formativi mi sento di fare due brevi considerazioni ed un ringraziamento.

La mia prima considerazione, confortata dalla lettura dei questionari di gradimento dei vari workshop, è che c'è in giro molta "fame" di conoscenza e di sapere e che c'è una presa di coscienza che il nostro non è solo un lavoro "di produzione" ma ha anche forti basi scientifiche e culturali; sono sentimenti che non vanno disattesi e questa è la nostra intenzione.

Questa sensazione positiva riteniamo possa sfociare anzi, debba sfociare, nella produzione di atti concreti perchè non dimentichiamo che l'EBM è sì formazione ma ha come fine ultimo (e decisivo) la modifica

concreta di comportamenti o/e pratiche sanitarie.

I ringraziamenti vanno alla dssa. Curcio, al mio capo Dipartimento (dssa. Brini), al mio primario (dr. Rivasi) e ai colleghi del Consiglio di Dipartimento e della rete della Qualità Clinica.

L'apertura al confronto in una materia così nuova, la mancanza di idee preconcrete (mente Zen- passatemi questa divagazione orientale-) e la convinzione che la conoscenza e la divulgazione della EBM siano una valida risorsa per affrontare i mutamenti futuri della sanità sono le sensazioni che ho avuto nei vari incontri organizzativi che abbiamo fatto.

Un grazie speciale alle persone con le quali ho lavorato per la preparazione delle giornate formative senza le quali, è ovvio, non si sarebbe potuto fare alcunché non solo per la logistica ma per il loro diretto ed entusiastico impegno nell'attività di docenza. Quindi in ordine alfabetico -come a scuola-:

Caselli Luciana
Frattini Mauro
Grassi Marina
Lindner Luisa
Lusoli Emanuela
Serafini Sandro
Tagliavini Rossella

Dott. Roberto Baricchi
Componente C.E.U. Aziendale
Referente Dipartimentale
per la Qualità Clinica



Aspetti innovativi delle indagini di soddisfazione in ospedale

QUALI NOVITA'?

Nel 1999 il nostro Ospedale è entrato a far parte del progetto regionale, finanziato dal ministero della salute, "Percezione di qualità e risultato delle cure: costituzione di una rete integrata di osservatori regionali" partecipando all'indagine condotta in collaborazione con l'Istituto di Ricerca EURISKO. Da questa esperienza abbiamo tratto alcuni spunti innovativi per il nostro sistema di monitoraggio della qualità percepita dagli utenti.

Le innovazioni riguardano soprattutto 3 ambiti:

1. la definizione delle U.O. coinvolte,
2. lo strumento di rilevazione (questionario),
3. le modalità di rilevazione.

Nel 2001 abbiamo pianificato ed eseguito la nuova indagine nella quale *sono stati coinvolti tutti i reparti di degenza ordinaria e di day hospital, e per la prima volta tutti i servizi diagnostici, ambulatoriali ed il pronto soccorso*. Alcuni reparti quali, il Nido, la Neonatologia, il Presidio di Disabilità Infantili, l'Obstetricia I e II, il Servizio di Immunematologia e Trasfusionale, la Medicina 3^a e la Nefrologia, stanno partecipando alla seconda edizione dell'indagine (che terminerà la prima settimana di dicembre c.a.) poiché non avevano partecipato nel 2001 oppure perché avevano la necessità di approfondire alcuni aspetti della propria realtà.

Sono stati utilizzati *questionari costruiti ad hoc* per ogni tipologia di reparto/servizio (degenza ordinaria, day hospital, servizi ambulatoriali e di diagnostica) avendo preso come base il modello del questionario regionale che ci permetterà anche di confrontare i nostri dati con quelli delle altre realtà dell'Emilia Romagna.

Gli aspetti della qualità che vengono indagati riguardano:

- L'accoglienza e l'ascolto,
- L'organizzazione,
- L'informazione,
- Gli aspetti alberghieri.

La scala di misura utilizzata nelle valutazioni è la seguente:

Molto Scadente Scadente Insufficiente Sufficiente Buono Molto Buono
① ② ③ ④ ⑤ ⑥

ed i risultati sono presentati sia come punteggio medio di ciascuna domanda principale sia come percentuale cumulata del giudizio "buono + molto buono".

Nonostante *le modalità di distribuzione dei questionari* siano rimaste le stesse (o prima della dimissione, o a metà ciclo terapia, o all'accettazione...), la durata dell'indagine è cambiata: non è più continuativa ma di circa 2 mesi campionari. In questo modo si permette anche ai reparti con pochi accessi/dimissioni di raggiungere comunque la quota di restituzione sufficiente a garantire l'attendibilità dei risultati. Queste quote minime sono state calcolate con l'ausilio di uno strumento statistico per il calcolo della dimensione del campione.

Nel caso di reparti troppo "piccoli" o con pazienti critici verranno attivati altri sistemi di valutazione della qualità, le indagini qualitative, che si integrino con i dati quantitativi e permettano di individuare ed approfondire alcuni aspetti critici precedentemente segnalati dagli utenti.

SCOPO DELLE INDAGINI

Scopo principale è di creare, all'interno dell'azienda, un sistema di monitoraggio strutturato e continuativo della qualità percepita che permetta di raccogliere dati validi, attendibili e utili ad individuare i punti critici, sui quali i reparti attiveranno i conseguenti processi di miglioramento.

A dare forza c'è anche il processo di accreditamento regionale il quale richiede che *"la struttura istituisca attività periodiche di valutazione e di misurazione della soddisfazione dell'utente attraverso sondaggi e/o questionari"*.

I processi di miglioramento scaturiti dai dati della qualità percepita sono oggetto di verifica all'interno del piano di verifiche interne aziendali. A questo proposito, durante le verifiche ispettive dipartimentali dell'anno 2002, i risultati sono stati presentati e discussi con tutte le U.O.; da qui sono emerse alcune riflessioni sul motivo di valutazione più basse rispetto alle tendenze medie e sono state fatte alcune proposte sull'applicazione di altre forme di valutazione della qualità percepita nei reparti dove l'indagine quantitativa non è risultata adeguata.

ALCUNI RISULTATI

Complessivamente il dato aziendale di adesione all'indagine è il seguente:

Dato generale: Azienda Ospedaliera ASMN	
N. questionari compilati	8.655
% Restituzione rispetto agli accessi/dimessi	20%
% Restituzione rispetto ai questionari distribuiti	47%

Rispetto alle indagini precedenti sono state raggiunte percentuali di restituzione più alte. Si sottolinea che alcuni servizi, che per la prima volta hanno partecipato all'indagine, hanno ottenuto tassi di restituzione più elevati (ad esempio, il laboratorio di genetica = 94%, centro di citologia vaginale = 96%, endoscopia digestiva = 83%).

Per quanto riguarda la valutazione complessiva dell'esperienza di ricovero e cura, i risultati sono più che buoni. La percentuale del giudizio "buono + molto buono" supera il 70% in quasi tutti i reparti/servizi.

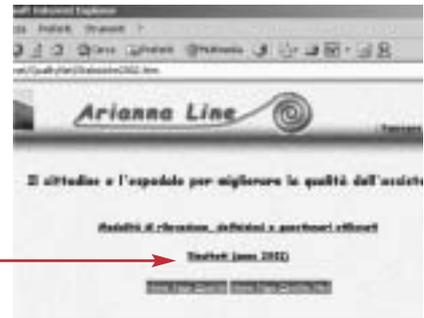
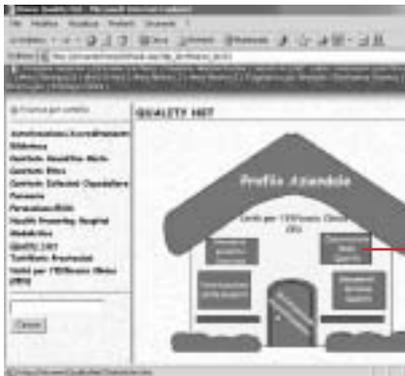
Per maggiori dettagli si rimanda alla pagina in intranet.

COME CONSULTARE I RISULTATI NELLA PAGINA INTRANET?

I risultati dell'indagine svoltasi nel 2001 sono presenti sulla intranet ed il percorso di consultazione è il seguente:

1. dalla Home Page cliccare a sinistra su **Quality Net**
2. cliccare sulla finestra **"Osservatorio della qualità"**
3. scegliere la voce **"il cittadino e l'ospedale per migliorare la qualità dell'assistenza"** e successivamente scegliere **"risultati - anno 2001"**
4. selezionare la voce **"tabelle e grafici"** si apre il file in excel che contiene

i dati generali sull'adesione e sulla valutazione della qualità di tutti i reparti/servizi coinvolti nell'indagine 5. per un ulteriore approfondimento sui dati del singolo reparto basta cliccare in qualunque parte del file sul nome del proprio reparto e si apre il report specifico.



http://intranet/documenti/servistaff/docuso/indagna/report-direzo%20intranet.ads - Microsoft Internet Explorer

Indietro - Cerca - Preferiti - Multimed -

http://intranet/documenti/servistaff/docuso/indagna/report-direzo%20intranet.ads

E339 - Chirurgia I

La valutazione complessiva dell'esperienza di ricovero e cura

Area Medica I							
	Medicina I	Medicina II	Medicina III	Longodep.	Dialisi Hospital	Endocrin. Dia.	Diagnost. Dialisi Hospital
Molto buono + buono	83,3%	92,4%	N.S.	88,5%	87%	93,6%	89,5%
Sufficiente	10%	8,6%	N.S.	11,5%	10%	6,4%	9%
Insufficiente + scadente + molto scadente	1,7%	1%	N.S.	0%	3%	0%	1,5%

Area Medica II							
	Geriatrica	Malattie infettive	Nefrologia	Serv. Dialisi	Neurologia	Pneumologia	Ser. Endocrinop. Ioronica
Molto buono + buono	87,3%	96,2%	N.S.	86,4%	94,1%	90,2%	93,8%
Sufficiente	12,7%	3,8%	N.S.	13,3%	5,9%	8,8%	6,2%
Insufficiente + scadente + molto scadente	0%	0%	N.S.	10,3%	0%	0%	0%

Area Chirurgica I							
	Chirurgia I	Chirurgia II	Chirurgia Toracica	Chirurgia Vascolare	Urologia	Diagnost. Biuro	Diagnost.
Molto buono + buono	87,3%	94,9%	92,1%	99%	87,7%	91,6%	100%
Sufficiente	12,7%	5,1%	7,9%	2%	12,3%	8,4%	0%

copertina / adesione / tabella

SVILUPPI FUTURI: QUALE UTILIZZO DEI NOSTRI RISULTATI?

Questi sono i nostri obiettivi a breve termine:

- * Estendere la cultura della misurazione della qualità, in tutte le sue dimensioni (qualità percepita, organizzativa, clinica ...).
- * Costruire un sistema informativo della qualità che contenga tutte le misure/indicatori riguardanti gli aspetti della qualità e che permetta ai professionisti di leggerli ed interpretarli in modo integrato.

Inoltre, la nostra esperienza di indagine "alimenterà" la banca-dati dell'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia Romagna collaborando alla "Costituzione di una rete integrata di osservatori regionali sulla qualità percepita" e permettendo così i confronti con le altre realtà.

Dalla fase di costruzione dei questionari alla fase di somministrazione degli stessi, la maggior parte degli operatori ha dimostrato una buona attenzione e collaborazione. Gli operatori dei reparti/servizi che per la prima volta hanno partecipato all'indagine si sono dimostrati molto partecipi nella costruzione dei questionari, esprimendo la volontà di dare forza alla "voce" dell'utente e di utilizzare i dati per evidenziare le criticità e definire le conseguenti azioni di miglioramento. Un contributo importante lo ha dato anche il personale dell'Ufficio Informazioni/URP prelevando i questionari dalle urne e trasmettendoli al Servizio Sviluppo Organizzativo tempestivamente. In questo modo è stato possibile tenere sotto controllo le percentuali di restituzione e di comunicare ai reparti il completamento dell'indagine.

Un ringraziamento quindi a quanti hanno contribuito allo svolgimento dell'indagine, compresi i volontari del Tribunale per i Diritti del Malato, e, in particolare, ai coordinatori infermieristici e tecnici che si sono incaricati della organizzazione, della raccolta dati nel proprio reparto/servizio e della pubblicazione dei risultati ai cittadini utenti dei reparti.

Dr.ssa Debora Formisano
Ufficio Sviluppo Organizzativo

Progetto gestione della documentazione

Gli uffici di Segreteria delle UU.OO hanno modificato il loro tipo di lavoro, in passato, l'attività era legata prevalentemente alla battitura, consegna e archiviazione di referti clinici, mentre una parte minore era dedicata ad attività connesse con la organizzazione e pianificazione del lavoro.

L'introduzione della organizzazione basata sui Dipartimenti, con l'assegnazione di una consistente autonomia per la gestione delle risorse, per la pianificazione delle attività, per la formazione e per il governo clinico, hanno inevitabilmente comportato la necessità di gestire quote crescenti di documenti non clinici in assenza di chiare modalità.

La progressiva informatizzazione dei reparti e degli uffici ha comportato una inevitabile fase di transizione (ancora non superata completamente) e di "malessere" legata alla necessità di usare tecnologie nuove e di cui non si ha completa padronanza e alla coesistenza di documenti informatici e cartacei (a volte sullo stesso problema).

Tutto questo mentre si sono sviluppate le problematiche legate al processo di accreditamento con la necessità di cercare di non aumentare la massa dei documenti, ma contemporaneamente di dover documentare molti aspetti del lavoro.

Abbiamo ritenuto che la gestione dei documenti sia diventata critica ed abbiamo pensato di provare a superarla passando ad una gestione interamente informatizzata mediante l'utilizzo di un programma apposito.

Abbiamo quindi presentato un apposito progetto di budget con la collaborazione del Servizio di Informatica e dell'Ufficio Sviluppo Organizzativo.

Il progetto si pone degli obiettivi in linea con diversi punti della pianificazione dipartimentale, in particolare:

- Adeguamento al modello di accreditamento per quanto riguarda i capitoli "comunicazione" e "ge-

stione documentazione".

- Sviluppo della collaborazione tra le Segreterie delle UU.OO. utilizzando la condivisione di un nuovo mezzo informatico come momento unificante verso la realizzazione di Segreterie funzionalmente dipartimentali.
- Utilizzo dei sistemi informatici per migliorare l'efficienza della gestione dei documenti, la loro archiviazione e soprattutto la loro rintracciabilità.
- Fornire dati utili alla potenziale valutazione della estensione del processo ad altre UU.OO.

Questi obiettivi sono stati condivisi dagli operatori della U.O. di Anatomia Patologica i quali, portano la loro esperienza basata su una abitudine consolidata nell'utilizzo di supporti informatici e di archiviazione cartacea.

Le prime fasi del progetto hanno comportato il confronto tra il lavoro dei 2 Dipartimenti. Il punto cardine della valutazione è stato quello delle modalità di classificazione: tenendo conto della necessità di documentare il lavoro svolto ci è stato proposto di adottare una classificazione basata sui 10 capitoli dell'accreditamento secondo il modello elaborato dalla Regione Emilia Romagna.

Abbiamo esaminato i documenti ordinati da una delle Segreterie e abbiamo verificato che è possibile ricondurre e quindi classificare ogni documento in uno dei capitoli dell'accreditamento.

Il progetto è facilitato dall'esistenza in azienda di un programma per funzioni di protocollatura, che presenta caratteristiche vicine a quelle richieste.

Il programma garantisce una gestione dettagliata dei permessi di accesso ad ogni singolo documento, è dotato di un motore di ricerca (anche per parole chiave) che agisce sia sul nome del file che sul testo e risulta molto potente così da sopperire anche ad eventuali difficoltà della catalogazione.

Riteniamo che l'utilizzo sperimentale del programma in oggetto, con le opportune modifiche suggerite, possa iniziare nel 1° trimestre 2003.

Margherita Ugoletti
U.O. Cardiologia
Segreteria Dipartimento
Area Critica

Cristina Fontanesi
U.O. Anatomia Patologica
Segreteria Dipartimento
Onco-Ematologico

Pre-visita di accreditamento al dipartimento di area Critica

Venerdì 22 novembre nel Dipartimento di Area Critica si è svolta la pre-visita di accreditamento il cui superamento rappresentava un importante obiettivo intermedio nell'ambito del progetto che il dipartimento aveva inserito nel budget 2002-2003.

Questo è stato possibile perché il processo di accreditamento è ormai alle porte; con il 2003 infatti è prevista l'attivazione delle visite di accreditamento che, condotte da team coordinati dall'Agenzia Sanitaria Regionale, interesseranno tutte le Aziende ospedaliere e tutti i presidi e i servizi delle AUSL della Regione Emilia-Romagna.

Il team di valutatori era composto oltreché da esperti in sistemi qualità anche da esperti delle specialità di cardiologia e di anestesia e rianimazione. Hanno valutato la conformità della struttura dipartimentale e i requisiti specifici delle singole discipline.

La pre-visita è il momento del primo contatto tra il team dei valutatori e la struttura da accreditare con l'obiettivo di iniziare a conoscere come è gestito il sistema qualità dipartimentale e di struttura complessa.

Dal team dei valutatori è stato molto apprezzata la struttura del sistema qualità che si è dato il Santa Maria Nuova nel suo complesso, tra l'altro ben descritto nel manuale dell'accreditamento e della qualità dipartimentale. Un apprezzamento particolare è andato al processo di pianificazione, sperimentato con il budget 2001 e 2002 perché evidenzia gli obiettivi specifici del triennio dai quali discende tutta la pianificazione sia in termini di attività che di risorse, compresi i progetti prevalentemente di innovazione. Altro punto forte è stato evidenziato nel processo di definizione e gestione degli standard di prodotto che presentano caratteri di importante rilevanza clinica.

La batteria di indicatori che derivano dagli standard è stata valutata molto positivamente perché guida la verifica dei risultati e le conseguenti azioni di miglioramento.

Nella verifica dei risultati il team dei valutatori ha puntato l'attenzione sia sulla parte organizzativa (report del controllo di gestione) ma anche e soprattutto sulla clinica; quindi è andato a verificare se si attuano audit clinici apprezzando l'iniziativa dell'audit cardiologico provinciale sui casi di infarto. È stato anche controllato se gli indicatori di qualità clinica sono tenuti monitorati e i risultati sono condivisi e discussi con i professionisti.

In sintesi, riprendendone le considerazioni finali fatte dal team:

- Il gruppo dei valutatori è rimasto molto soddisfatto del lavoro fin'ora fatto;
- i requisiti specifici sono stati soddisfatti per la maggior parte dei casi e su tutti i capitoli (su questo bisogna precisare che le check list sono state modificate e quindi non tutti i contenuti erano a conoscenza delle equipe valutate);
- le evidenze che esprimevano il percorso erano adeguate, puntuali e ben strutturate senza eccessi di documenti (condensati in meno di 2 raccoglitori);
- gli indicatori individuati esprimevano la realtà e sono apparsi ben strutturati; attenzione solo alla congruità e alla quantità, il suggerimento è che devono essere pochi ma validi;
- vi deve essere particolare attenzione alla definizione delle interfacce e al loro controllo; già esistono specifiche procedure di UO che andranno però estese alle relazioni interdipartimentali con un impegno particolare anche della direzione a definire le regole generali.

La prossima volta la verifica sarà sul campo, il team cioè prenderà contatti diretti con i professionisti per verificare se quanto descritto è veramente praticato. Questo concluderà il processo e sarà il nostro primo dipartimento accreditato.

Per concludere possiamo dire di essere soddisfatti dei risultati ottenuti. Risultati che possiamo attribuire al lavoro fatto in questi quasi due anni con la rete dei referenti dipartimentali e di unità operativa e con i quali intendiamo condividere questa 1^a esperienza. Grazie a tutti e auguriamoci buon lavoro.

Dott. Massimo Pantaleoni
U.O. Degenza Cardiologica

I.P. Monica Benassi
U.O. Degenza Cardiologica

I.P. Gian Franco Mercurio
U.O. Anestesia e Rianimazione

Dr.ssa Maria Ravelli
Ufficio Sviluppo Organizzativo



Brevi note sull'anno che è passato e sull'anno che verrà!!

Come per tutti i servizi anche per noi il mese di Dicembre è mese di bilanci per l'anno che sta concludendosi e di previsioni per l'anno che verrà, alla luce dei possibili vincoli contenuti nella Legge Finanziaria e ciò tenuto conto delle ripercussioni, più o meno dirette, che le nuove norme potranno avere sulla copertura dei posti vacanti e sulle nuove assunzioni.

Per il Servizio Gestione Personale fare un bilancio significa in particolare fare il punto dell'attività svolta, delle procedure concorsuali attivate, dei contratti individuali di lavoro stipulati, delle progressioni interne portate a termine (verticali e orizzontali) e delle fasce retributive corrisposte in attuazione degli accordi aziendali sottoscritti con le Organizzazioni Sindacali e le RSU.

Da questo punto di vista il 2002 è stato sicuramente un anno intenso essendo state espletate un numero di procedure di concorso pubblico superiori a quelle indicate in sede di programmazione annuale delle assunzioni e avendo sottoscritto oltre 500 contratti individuali di lavoro. Quest'ultimo numero in particolare dà un'idea abbastanza precisa del turnover molto elevato che nella nostra, come in altre Aziende, continua a registrarsi prevalentemente tra il personale infermieristico che, dopo alcuni mesi/anni di servizio presso il nostro Ospedale, presenta domanda di trasferimento presso Aziende più vicine ai luoghi di residenza.

Il 2002 è stato anche l'anno in cui, per il personale del comparto, si sono completate le procedure selettive interne per il passaggio verticale del personale amministrativo e tecnico (dalla cat. B alla cat. C, dalla cat. C alla cat. D, dalla Cat. D al livello economico Ds), in attuazione del CCNL 2° biennio del 20.9.2001 che ha visto coinvolti n. 90 dipendenti consentendo all'Azienda di dare nuovi assetti organizzativi ai propri servizi amministrativi e di supporto.

Il prossimo anno potrà presentarsi probabilmente come un anno più problematico qualora dovesse essere confermato anche nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale il

parziale blocco delle assunzioni previsto nella legge finanziaria 2003 in discussione al Parlamento. Nell'attuale testo infatti, mentre risulta possibile ricoprire a tempo indeterminato tutti i posti di infermiere che si renderanno vacanti, per quanto concerne le altre figure professionali si potrà disporre la copertura solo dei posti del personale del ruolo sanitario e nella misura del 50% dei posti resisi complessivamente vacanti nel corso del 2002 (senza computare gli infermieri). Non tutti i posti potranno pertanto essere coperti come è stato invece possibile nel corso degli ultimi anni e questo comporterà alcune scelte difficili! Tuttavia, come è già avvenuto alcuni anni fa in occasioni analoghe, sarà possibile ricorrere ad assunzioni a tempo determinato per fronteggiare le necessità dei servizi che si verranno a determinare, ma anche questa modalità di copertura dei posti risulta soggetta ad alcune limitazioni dato che gli incarichi potranno essere conferiti fino al 90% della spesa media annua sostenuta per le stesse finalità nel triennio 1999-2001. Questo richiederà pertanto alcune valutazioni preliminari e un monitoraggio dei costi che via via si andranno a sostenere. Di fondamentale importanza rimane l'aspetto economico visto che la Legge Finanziaria ribadisce il principio dell'invarianza della spesa e che le piante organiche da rideterminarsi non possono comunque superare il numero di posti d'organico complessivamente esistenti al 29 settembre scorso.

Un'ultima previsione contenuta nella legge finanziaria si riferisce alla **proroga di un anno della validità delle graduatorie per i profili professionali soggetti a limitazioni** e quindi di tutti, a parte gli infermieri professionali per i quali da alcuni anni le graduatorie si esauriscono prima della scadenza del biennio.

Con i migliori Auguri di Buone Feste da parte degli operatori del Servizio Gestione Personale.

Dr.ssa Liviana Fava

Direttore

Servizio Gestione del Personale

Incarichi di Posizione

Il Direttore Generale, con deliberazione n.39 in data 28 giugno 2002, a seguito della conclusione di appositi accordi con le Organizzazioni Sindacali di Area Medica e di Area Dirigenza Sanitaria, ha formalizzato l'individuazione, nell'ambito dell'organizzazione aziendale, dei titolari di incarichi di posizione relativi a Strutture Semplici, Alta Specializzazione e Programmi in ambito clinico.

La riorganizzazione concordata tiene conto dello sviluppo avvenuto in ambito aziendale, anche alla luce delle più recenti disposizioni normative e contrattuali, consentendo la ricognizione e la modifica dell'assetto organizzativo, tenuto conto :

- del miglioramento qualitativo e professionale avvenuto nei confronti del corpo dirigente;
- del riconoscimento adeguato al ruolo ed alle funzioni svolte dai professionisti medici;
- dell'individuazione chiara del peso attribuito ad ogni tipologia di incarico.

Gli accordi predetti hanno configurato un sistema dinamico nel tempo, che evolve con le esigenze aziendali, quantificando e qualificando le varie tipologie di incarico, sulla base delle indicazioni fornite dai Direttori di Dipartimento e di Unità Operativa.

Nel conferimento degli incarichi e per l'individuazione degli stessi la procedura è quella delineata dall'art.28, comma 6 di entrambi i Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro, tenendo conto in particolare dei seguenti criteri:

- della natura e delle caratteristiche dei programmi da realizzare,
- dell'area e della disciplina di appartenenza,
- delle attitudini personali e delle capacità professionali del singolo dirigente sia in relazione alle conoscenze specialistiche nella disciplina di competenza che all'esperienza già acquisita in precedenti incarichi svolti anche in altre aziende o esperienze documentate di studio e ricerca presso istituti di rilievo nazionale o internazionale,
- dei risultati conseguiti in rapporto agli obiettivi assegnati nonché alle valutazioni riportate ai sensi dell'art.32 del CCNL,
- del criterio della rotazione, ove applicabile.

Dott. Alessandro Bertinelli

Direttore

Servizio Politiche e Sviluppo Risorse Umane

A breve sarà pubblicata in intranet e internet la mappa degli incarichi.



ARCISPEDALE
SANTA MARIA NUOVA

AZIENDA OSPEDALIERA
REGGIO EMILIA

Regione Emilia-Romagna

La valorizzazione delle competenze: nuove prospettive per professioni che cambiano

Nell'attuale momento storico, in cui la domanda di assistenza è in crescita esponenziale e la carenza infermieristica sta di nuovo diventando uno dei nodi più critici a livello nazionale, il Servizio Infermieristico e Tecnico, ha accolto questa nuova sfida lanciata a livello regionale per la valorizzazione del "ruolo infermieristico".

Il futuro della sanità italiana è legato alla capacità dell'intero sistema di rinnovarsi, di superare le disfunzioni e disuguaglianze, di valorizzare competenze e professionalità, garantendo al cittadino risposte adeguate ai suoi bisogni.

La sfida e l'opportunità che la "carenza infermieristica" ci ha offerto è rappresentata dalla possibilità di riflettere sulle priorità e sull'appropriatezza delle attività/prestazioni che ogni infermiere svolge nella quotidianità. Appropriato è qualcosa che ha un campo definito di utilizzo e di impegno; e non può essere tutto.

Nell'anno 2002, abbiamo ritenuto pertanto di orientare il percorso di "reingegnerizzazione" del lavoro infermieristico dentro l'organizzazione in tre direzioni fondamentali, strettamente collegate, che hanno coinvolto i professionisti di tutta l'Azienda anche se in modo differenziato

a seconda delle specificità.

Tali direzioni sono state rappresentate da:

- Valorizzazione del ruolo infermieristico e inserimento del personale di supporto;
- Profili di competenza
- Consulenza Infermieristica.

Per realizzare un movimento di "rigenerazione" degli attuali contesti di lavoro è stato necessario attivare una significativa riflessione tra gli Infermieri sulle prassi di lavoro e sul gap esistente fra alcuni riferimenti normativi (Dm 739/74, Legge n. 42/99, Codice Deontologico, Legge 251/00) e la quotidianità lavorativa, ridefinendo i prodotti di cui è responsabile ciascun professionista all'interno dei servizi, nel rispetto delle diverse specificità valorizzandone le necessarie integrazioni.

E' importante comprendere che la qualità delle performance è generata esclusivamente dal possesso di competenze distintive in grado di modificare significativamente l'erogazione del prodotto Sanitario.

Abbiamo pertanto proposto da un lato, una revisione delle attuali "comunità di pratiche" attraverso l'analisi dei processi di lavoro per studiare l'inserimento nei contesti operativi, di operatori ai quali affidare le attività di supporto assistenziale e dall'altro innalzare la figura dell'Infermiere attraverso l'acquisizione di una formazione specializzante in grado di "produrre" pensieri pratici esperti.

Oggi infatti il paradigma di riferimento è cambiato; le competenze degli infermieri permettono di realizzare un passaggio rilevante dal modello della dipendenza a quello della complessità. La misura dell'intensità assistenziale non è direttamente legata alla quantità di cose che gli infermieri sono chiamati a fare, ma anche dall'impegno dedicato alla scelta degli interventi per quel paziente, dalla ricerca della migliore evidenza scientifica a cui fare riferimento, dagli sforzi dedicati alla progettazione e alle implementazioni di nuove modalità assistenziali, che richiedono tempo, dedizione, formazione.

Se è vero ad esempio, che l'infermieristica esiste per rispondere ai bisogni di assistenza di una persona e che l'utenza si rivolge al Servizio sanitario perché portatrice di un problema di salute che richiede una diagnosi ed un trattamento, diventa imprescindibile un ragionamento su quelle azioni infermieristiche che suppliscono ad un deficit di autonomia e su quelle che contribuiscono tecnicamente a formulare una valida diagnosi clinica ed a realizzare un trattamento efficace.

I passaggi fondamentali che questo percorso ha toccato sono pertanto stati i seguenti:

- Ridefinizione dell'attività all'interno dei servizi concordando con le altre professioni sanitarie i reciproci confini e le necessarie integrazioni. (Ci riferiamo ad una logica basata sulla competenza in cui, in un



determinato contesto e gruppo di lavoro, sono definite ufficialmente le reciproche attività per le quali è riconosciuta agli operatori responsabilità ed autonomia di esercizio).

- Revisione dei processi di lavoro che coinvolgono il gruppo dei pari e le altre professionalità, ma anche il personale collaborante di supporto. Ciò ha comportato definire quello che può essere attribuito ad altre figure, a vantaggio di una riappropriazione di attività più complesse come quella ad esempio dell'educazione terapeutica o della ricerca.
- Ridefinizione dell'attività sulla base di evidenze scientifiche che significa ricercare i "perché" di ciò che facciamo e le ragioni per cui lo facciamo in quel modo, partecipando ai processi per la standardizzazione di alcune pratiche clinico-assistenziali che portano verso la definizione dei profili di cura e di assistenza.

Il principio fondamentale che è alla base di questo cambiamento è il passaggio da una logica di uguaglianza a una di equità, per garantire agli utenti ciò di cui hanno bisogno, modulando l'intensità della presenza infermieristica. Infatti accertare se un paziente ha bisogno o meno di assistenza e di quale assistenza è un processo complesso: significa affermare che tra i pazienti, alcuni hanno bisogno di maggiore intensità assistenziale, altri meno o addirittura che non hanno bisogno di infermieri.

L'esclusività dell'individuazione del bisogno d'assistenza e del processo di risposta, è un competenza specificatamente infermieristica.

Valorizzare le competenze significa anche riconoscere la differenza nelle competenze a seconda dell'esperienza acquisita e metterle a disposizione dei colleghi, per condividere quella ricchezza fatta di conoscenza professionale rigorosa maturata attraverso la pratica clinica quotidiana, che rende esperti nella gestione di problematiche complesse.

Questo è stato il principio che ha guidato il gruppo di lavoro aziendale, nell'elaborazione del progetto per la consulenza infermieristica, che avveniva tra diverse unità operative in modo informale, ma consolidato.

Idealmente possiamo rappresentare graficamente questo processo nel modo seguente:



I partecipanti al corso per esterni "Valorizzazione del ruolo infermieristico".

Il progetto che ha un po' rappresentato il completamento ideale di questo percorso, anche se a livello aziendale il lavoro dei professionisti è ancora in corso, è rappresentato dal corso di formazione rivolto a personale esterno all'Azienda realizzato nel mese di ottobre.

Proporsi ad altri professionisti come testimoni di una storia, e come professionisti che hanno acquisito delle competenze e quindi degli spazi di autonomia e di sviluppo, è stata un'esperienza molto importante e significativa per il SIT.

Al Corso hanno partecipato diversi operatori dell'area infermieristica provenienti da Trentino Alto Adige, Lombardia, Basilicata e tre coordinatori infermieristici dell'ASMN che stanno frequentando il Corso di perfezionamento in Management.

Lo staff di docenza era composto da operatrici della Direzione Infermieristica e dei Diplomi Universitari: I.I.D. Marina Iemmi, O.P.D. Oriella Bianchini e Dr.ssa Rita Montanari, con la collaborazione organizzativa di Marzia Prandi.

Il susseguirsi delle tematiche proposte ed il confronto delle diverse esperienze, hanno messo in luce la forte attualità del processo trasformativo in atto nell'ambito della professione infermieristica.

Molti dei partecipanti hanno sottolineato l'urgenza di riflettere sugli elementi di stimolo al rinnovamento, ma contemporaneamente di analizzare e gestire le inevitabili resistenze al cambiamento.

La presentazione delle fasi di sviluppo dei nostri progetti (Valorizzazione del ruolo infermieristico, Profili di competenza, Consulenza Infermieristica) ha proposto una cornice di riferimento e di confronto per altri professionisti che hanno potuto così individuare dei possibili ambiti, calibrati alle loro realtà, di implementazioni di nuovi modelli.

Il buon livello di gradimento dell'iniziativa da parte dei partecipanti, ci stimola ulteriormente a mantenere l'attenzione a valorizzare la nostra esperienza, opportunamente elaborata e confrontata con i modelli teorici di riferimento a cui si è ispirata.

Un ringraziamento particolare va a tutti i professionisti dell'Azienda che hanno vissuto direttamente, e quindi reso possibile, ciò che è stato proposto. Un saluto dai colleghi partecipanti al Corso ed un caldo invito da parte loro, a continuare su questa strada.

A cura di Marina Iemmi
Responsabile
Servizio Infermieristico e Tecnico

Dipartimento Area Medica 1^a: perchè un manuale per l'accreditamento?

In questo periodo l'aumento dei carichi di lavoro derivanti soprattutto da attività non di tipo clinico fa sì che anche solo parlare di Accreditemento nell'ambito dell'Arcispedale "S. Maria Nuova" possa stimolare pensieri contrastanti più di "odio" che di "amore". In queste poche righe vogliamo solamente raccontare un'esperienza, nata anche per noi tra dubbi e incertezze, e che ha portato un gruppo di persone a condividere problematiche comuni che fino a pochi mesi fa erano del tutto sconosciute.

Il Dipartimento Medico 1^a nasce con alti livelli di complessità, solo in parte limitate dalla riduzione di 2 Unità Operative passate in un nuovo Dipartimento. Attualmente riunisce le tre Divisioni di Medicina Interna e Specialità prevalentemente internistiche di notevole complessità quali l'Angiologia, la Dermatologia, l'Endocrinologia, la Reumatologia e i relativi Day-Hospital.

Il primo criterio da soddisfare quando si riflette su un Dipartimento composto da molte Unità Operative è quello di creare un modello organizzativo funzionale finalizzato a collegare, pur con le differenze delle varie Specificità, le Unità Operative componenti.

La condizione "sine qua non" del processo di Accreditemento presuppone la chiarezza, la trasparenza dell'organizzazione ovvero la risposta alle domande "perché esistiamo", "che cosa ci distingue", "perché siamo utili"?".

Partendo da questi presupposti la Commissione Dipartimentale per l'Accreditemento, ha portato le varie Unità Operative a definire la Visione e la Politica specifiche, che poi hanno trovato una definizione comune nella Politica e Visione Dipartimentale.

A seguire ogni Unità Operativa ha elaborato il proprio piano di obiettivi che, con la definizione del documento di budget, si estrinsecano a breve, medio e lungo termine.

Giunti a questo punto "nasceva spontaneo" creare una sorta di guida, utile a chi si inoltrasse nel pia-

neta "Dipartimento Medico 1^a".

La mappa che ci ha guidato nell'elaborazione di un Manuale per l'Accreditemento è stata la Guida Regionale. Il Manuale, nei suoi contenuti, segue il percorso consigliato dalla Regione Emilia Romagna secondo la logica di "scrivere ciò che si fa".

La fatica iniziale è stata quella, imitando il lavoro di un archeologo, di scavare nelle varie Unità Operative per scoprire i tesori (leggi "specificità") e nel catalogarli.

La Commissione Dipartimentale ha scoperto vari punti in comune fra le UU.OO. e su questi sta ponendo le basi per rafforzarne la specificità o condividere "Piani di miglioramento. L'elaborazione in via informatica del Manuale ha permesso di ottenere una parte stabile nel tempo ("politica", "mission", "vision", organizzazione di base, ecc.) e una parte modificabile nel tempo in relazio-

ne ai cambiamenti ("organigrammi", "prodotti", "standard", ecc.). Il Manuale per rispondere ai requisiti di fondo deve essere condiviso e conosciuto, per cui è stato diffuso a livello delle Unità Operative del Dipartimento e presto verrà inserito nella rete Aziendale Intranet.

per la "Commissione Dipartimentale per l'Accreditemento" i R.A.Q:
**AFD Mariapaola Lince,
Dott. Giuseppe Albertini**



Lo standard di prodotto/servizio nel dipartimento area critica

Il processo di elaborazione degli standard di prodotto nel Dip. Area Critica ha coinvolto le U.O. di: cardiologia degenza, cardiologia interventistica, rianimazione e anestesia e sezioni distaccate presso l'ospedale di Castelnovo Monti. Il gruppo dip.le per l'Accreditamento, integrato con i referenti della Qualità Clinica e della Formazione (fig. 1) si è interrogato sui criteri di scelta dei prodotti per la definizione dello standard (quanti, come sceglierli, come documentarli e come monitorarli), per poi procedere alla definizione del catalogo dei prodotti principali (cosa produciamo e con quali caratteristiche). (fig. 1)

Quanti prodotti inserire nel catalogo?
Non essendoci indicazioni normative in merito, il gruppo di lavoro ha stabilito di produrre almeno uno standard per ogni gruppo omogeneo di lavoro (indipendentemente dalle UUOO).

Quali prodotti?
In ogni settore viene convocata una riunione per la scelta del prodotto

con il supporto di una griglia prefissata che permette di definire i prodotti prioritari, avendo cura di inserire nella griglia di valutazione prodotti ritenuti comunque clinicamente rilevanti.

Quali sono le caratteristiche associate al prodotto?

Per ogni prodotto prioritario vengono esplicitate le caratteristiche necessarie e pertinenti scegliendo quelle più rilevanti secondo i diversi punti di vista.

Come misurare le caratteristiche?

Definire in modo preciso le caratteristiche, individuare almeno un indicatore per ogni caratteristica o requisito di qualità, definizione delle modalità e responsabilità del monitoraggio e del controllo.

Ad ogni indicatore viene assegnato un valore standard, cioè il valore soglia auspicato che consente di verificare se il prodotto raggiunge o meno i livelli stabiliti.

Il processo di individuazione dei valori standard avviene attraverso una ricerca bibliografica, analisi di dati locali, il confronto con altre aziende sanitarie,

La verifica degli standard

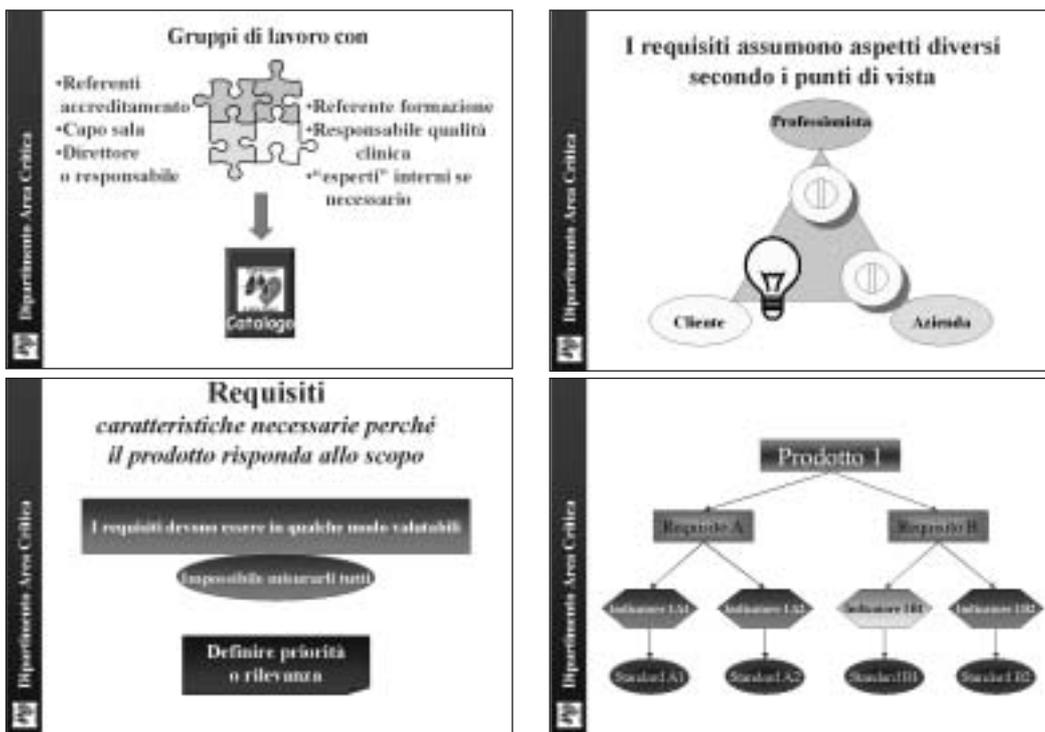
Identificati i responsabili della raccolta e della elaborazione dei dati, la verifica degli standard avviene con una cadenza temporale prefissata.

La verifica è finalizzata a misurare gli scostamenti rispetto al valore soglia; eventuali scostamenti devono essere valutati dalle UO o dal Dipartimento per attivare eventuali piani di miglioramento/correzione. Anche in assenza di discrepanze è opportuno riflettere in merito a congruità, rilevanza, costo della rilevazione.

Tutto questo processo confluisce in un riesame periodico e/o ridefinizione degli indicatori e standard associati.

Dott. Danilo Manari
Responsabile per la Qualità Clinica
Dip. Area Critica

Dott. Massimo Pantaleoni
Referente per l'Accreditamento
Dip. Area Critica



Analisi dell'appropriatezza nell'assegnazione del codice giallo

Studio per la valutazione della qualità professionale erogata dagli infermieri del Pronto Soccorso di Reggio Emilia nell'attività di triage

Introduzione

L'assegnazione di un codice di gravità ad un utente che si presenta in Pronto Soccorso è legata indissolubilmente ad un bagaglio di conoscenze specifiche che solo infermieri esperti e competenti possono applicare garantendo la sicurezza dei pazienti.

E' quindi fondamentale, al fine di erogare un servizio di qualità, che gli infermieri agiscano in conformità a protocolli predefiniti e condivisi che rendono omogenei i criteri di valutazione.

Non è facile "a tavolino" pensare a degli indicatori credibili che verifichino la qualità del lavoro svolto non potendo riprodurre la situazione in cui ogni operatore si è trovato ad effettuare la sua scelta.

L'esperienza che vogliamo proporre in quest'elaborato è un tentativo di misurare l'affidabilità e il grado d'appropriatezza nella scelta del codice di gravità compiuta al momento dell'accoglienza.

La scelta di un indicatore specifico che andasse a valutare la reale qualità dell'attività infermieristica di triage, è stata effettuata dalla Capo Sala in collaborazione con il Direttore dell'Unità Operativa e con la Rappresentante Assicurazione Qualità (R.A.Q.) del servizio. In una fase successiva, è stata effettuata la condivisione col gruppo infermieristico dell'indicatore, e sono stati definiti i valutatori interni: la Capo Sala, tre infermieri esperti e la R.A.Q.

Per la rilevazione è stato scelto il mese d'Ottobre 2000.

La raccolta dati è stata effettuata in collaborazione con il Consulente informatico che ha prodotto le query (quesiti informatici) facilitando il lavoro d'analisi.

Il gruppo di valutazione, ha quindi analizzato e valutato i dati condividendo i risultati con l'équipe.

Concetto di indicatore:

Per indicatore (1) s'intende un parametro quantizzabile che permette di spiegare/espone sinteticamente un fenomeno complesso e di valutarne l'andamento temporale. Un buon indicatore deve racchiudere in sé alcune caratteristiche che possono essere facilmente riassunte con i vocaboli che costituiscono la sigla MISURA:

M misurabile

I importante

S semplice, chiaro

U utilizzabile, utilizzato

R risolvibile: un problema su cui si può intervenire con le risorse disponibili

A accettabile, da chi deve rilevarlo e applicarlo

Indicatore scelto:

ACCOGLIENZA				
Aspetto della Qualità	Prodotto	Indicatore	Standard	Monitoraggio e misurazione
Qualità Professionale infermieristica di Triage	Appropriatezza dell'assegnazione del codice colore GIALLO	Numero di schede infermieristiche di triage o di relazione a testo libero riportanti la segnalazione del parametro alterato o la dicitura "dinamica complessa" o la descrizione di sintomi che "giustificano" l'attribuzione del codice*	il 75% dei casi assegnati in codice giallo deve essere "giustificato" in modo documentato e adeguato	<p>Annuale</p> <p>La rilevazione sperimentale in atto viene fatta su 50 casi di codici gialli scelti a random nei 6 mesi precedenti la rilevazione</p>

I criteri di valutazione di appropriatezza sono stati i seguenti:

1. Ingresso del paziente entro 5 minuti in ambulatorio medico; in questa circostanza si ritiene non indispensabile la rilevazione dei parametri vitali o la loro formalizzazione sulla scheda di triage in quanto il paziente viene assistito immediatamente
2. Riscontro di un parametro vitale alterato sulla base di schemi/valori predefiniti regolarmente registrati sulla scheda infermieristica.
3. Riscontro di dati anamnestici, dinamica complessa o segni clinici che giustificano l'attribuzione del Codice.

Quest'indicatore è stato discusso e approvato in sede di Benchmarking presso l'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia-Romagna.

Nel periodo di rilevazione scelto, Ottobre-2000, il Pronto Soccorso ha registrato un'affluenza di 5.601 pazienti.

Al Triage sono stati così classificati:

- Codici bianchi 557 9,9 %
- Codici verdi 4.251 75,8 %
- **Codici gialli** 652 11,6 %
(di cui 75 sono stati sottoposti ad una seconda valutazione di triage durante l'attesa)
- Codici rossi 141 2,5 %

Tot. pazienti 5.601

Da tutti i casi di codice giallo sono stati sottratti quelli che hanno atteso meno di cinque minuti (4: 59) prima della visita medica. Sono così emersi:

- 163 casi che hanno atteso meno di cinque minuti

- 489 casi sono quelli che rimangono e che sono stati analizzati per la verifica dello standard di prodotto/indicatori (1) di Pronto Soccorso. Questi casi hanno un tempo medio d'attesa di 11:58 minuti.

E' stato molto difficile, nonostante le ricerche bibliografiche effettuate (...), stabilire "range rigidi" entro cui collocare i casi. Si è deciso, con il Direttore e il personale medico dell'unità, di stabilire dei cut-off dei parametri vitali entro i quali non assegnare il codice giallo (tabella I):

- PRESSIONE ARTERIOSA SISTOLICA DA 90 A 185 MM/HG
 - PRESSIONE ARTERIOSA DIASTOLICA DA 50 A 115 MM/HG
 - FREQUENZA CARDIACA DA 52 A 125 BPM
 - GLASGOW COMA SCALE (GCS) DA 14 A 15
 - SATURAZIONE D'OSSIGENO DA 93% A 100%
 - TEMPERATURA ASCELLARE DA 36 ° C A 39° C
- (tabella I)

Tutti i casi di codice giallo con almeno un parametro vitale alterato in base alla tabella I, sono stati considerati appropriati.

Nota: per un problema di natura informatica non è stato possibile rilevare il dato relativo alla Frequenza Respiratoria.

Risultati:

Codici gialli considerati appropriati in base all'indicatore: n° 463 (94,6% del totale)

Codici gialli considerati inappropriati in base all'indicatore: n° 26 (5,4% del totale)

Lo standard atteso è stato raggiunto.

Problemi riscontrati durante l'elaborazione/valutazione dei casi di codice giallo:

Gli autori dello studio sono consapevoli della opinabile ed arbitraria scelta fatta nella determinazione dei range relativi ai Parametri Vitali. E' pur vero che la letteratura scientifica riporta indici estremamente variabili che prendono in considerazione numerosi elementi come l'età del paziente, il tipo di patologia (traumatica o non), condizioni morbose concomitanti, ecc. Alcuni testi ed alcuni Autori riportano indicazioni piuttosto precise per i range di identificazione del Codice Rosso, ma non sono state definite indicazioni per i range di identificazione del Codice Giallo che è il soggetto di questo studio. Per soddisfare gli obiettivi dell'indicatore preso in esame gli Autori di questo studio

hanno quindi stabilito in proprio i range di "marcata alterazione" dei Parametri Vitali tali da giustificare l'assegnazione del Codice Giallo, ma non quella del Codice Rosso né Verde. I limiti di questa scelta sono facilmente individuabili nell'ampiezza dei range scelti e nei valori soglia definiti, ma occorre altresì considerare quanto sia difficile determinare dei "confini" numerici a situazioni e circostanze così variabili e differenziate.

La ricerca bibliografica ha aiutato nella scelta dei range, ma rimane la consapevolezza di una scelta che può essere discutibile. Gli Autori dello studio auspicano che il confronto scientifico fra più esperienze, ricerche successive e lo sviluppo di una metodologia di ricerca e di valutazione applicata ai criteri di attribuzione del Codice di Gravità possano portare ad un confronto aperto e alla migliore definizione anche dei range relativi ai Parametri Vitali.

Commenti e conclusioni:

Questo studio vuole essere la dimostrazione della possibilità di valutare la qualità del lavoro svolto dagli infermieri di triage in Pronto Soccorso. L'assegnazione di un codice di gravità, con tutte le implicazioni che questo comporta, non può essere solo il "frutto" dell'esperienza acquisita, ma essendo una scelta vitale per gli utenti, deve avere un supporto di evidenza scientifica. Come autori di questo lavoro, crediamo che il suo valore sia legato all'uso critico degli strumenti di valutazione, che comporta inevitabilmente una crescita alla quale la professione infermieristica non si può più sottrarre.

Bibliografia:

1. Agenzia Sanitaria Regionale Emilia-Romagna, PROGETTO BENCHMARKING; PRIMO APPROFONDIMENTO DEL TEAM "PRONTO SOCCORSO", Assessorato Sanità Regione Emilia Romagna, Bologna, Febbraio 2001.
2. G.F.T - Gruppo Formazione Triage, IL TRIAGE INFERMIERISTICO, McGraw-Hill Italia, Milano, 2000.
3. F. Coraggio, Trattato di MEDICINA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO, Guido Gnocchi Editore, Napoli, 1994.
4. J. Schou ., PREHOSPITAL EMERGENCY MEDICINE, CHALLENGES AND OPTIONS IN RESCUE SERVICES, Alix Publishing Group, Lörrach-Germany, 1992. - 384 p.
5. Harold L. May; associate editors: Richard V. Aghababian, Gary R. Fleisher., EMERGENCY MEDICINE - 2nd ed. - Boston: Little, Brown, 1992. -2v.
6. Swartz G. R....[et al.], PRINCIPLES AND PRACTICE OF EMERGENCY MEDICINE - 3rd ed - Philadelphia [etc.]: Lea & Febiger, 1992. - 2v.

Bigliardi Marco

Infermiere, Pronto Soccorso

Bovolenta Orietta

Infermiere, Pronto Soccorso

Regnani Stefano

Infermiere, Pronto Soccorso

Spaggiari Ivana

Infermiera A.F.D., Pronto Soccorso

Burani Emanuela

Dirigente Medico, Pronto Soccorso

Programmi dipartimentali e aziendali per il Governo Clinico: un breve aggiornamento

Nel corso del 2002 l'Unità per l'Efficacia Clinica del nostro Ospedale ha visto il suo primo anno di attività. Le tappe principali che si sono succedute, a livello di azienda e di dipartimenti, sono riassumibili come segue:



I Dipartimenti che hanno già avviato questo percorso di costituzione e formazione della CEU dipartimentale sono:

- Patologia Clinica (con il coinvolgimento della rete dei servizi a livello provinciale)- 1 semestre 2002
- Diagnostica per immagini (con il coinvolgimento della rete dei servizi a livello provinciale) -1 semestre 2002
- Emergenza-Urgenza - 2 semestre 2002 (in previsione per il 2003 il coinvolgimento della rete dei servizi a livello provinciale)
- Oncoematologia -2 semestre 2002

Tutte le CEU dipartimentali sono interdisciplinari e interprofessionali, così come la CEU aziendale è attualmente composta da professionisti esperti di varia estrazione : medicina e chirurgia, scienze infermieristiche, statistica, documentazione scientifica, farmacia, scienze sociali,

Due Dipartimenti sono impegnati come aree-pilota nella sperimentazione di un sistema di Gestione del Rischio:

- Area Medica 1
- Area Medica 2

Il percorso di formazione della loro CEU dipartimentale si svolgerà all'interno di questo progetto nei primi mesi del 2003.

Tre Dipartimenti hanno progettato il loro percorso di costituzione e formazione della CEU che sarà avviato nel 2003:

- Area Critica
- Area Chirurgica 1
- Area Chirurgica 2

La Direzione Medica di Presidio ha progettato un percorso formativo propedeutico all'impianto di una attività corrente di Technology Assessment nel nostro ospedale (verrà avviato nei primi mesi del 2003).

La Direzione del Servizio Infermieristico e Tecnico ha proseguito con l'attività di formazione in lingua inglese, propedeutica per la partecipazione ai programmi delle CEU dipartimentali.

Ha inoltre provveduto a curare l'inserimento dei partecipanti al corso 2001

in Evidence Based Health Care provenienti dall'area infermieristica e tecnica nei programmi dei rispettivi dipartimenti.

Per quanto riguarda *i programmi aziendali e interaziendali (provinciali) a sostegno del Governo Clinico:*

- Prosegue secondo la progettazione definita il lavoro di audit per la valutazione dell'impatto della Linea Guida Appropriato uso dell'emotrasfusioni e gestione del rischio (Dipartimenti Pilota:Area Medica 1 ed Emergenza Urgenza)
- E' stato avviato il primo audit propedeutico all'applicazione della Linea Guida sulla Appropriatazza della profilassi della Gastropatia da Farmaci (Dipartimento pilota: Area Medica 2)
- E' in fase di progettazione il percorso per l'avvio di un audit nella rete cardiologica provinciale (endocarditi).
- E' in fase di progettazione il percorso per l'avvio di un audit della rete gastroenterologica provinciale (colonscopia).
- La CEU dell'ASMN sostiene lo sviluppo dei programmi di formazione in EBM a livello provinciale, fornendo un pool di docenti per i corsi diretti agli specialisti ospedalieri degli ospedali della provincia (si inizia con l'Ospedale di Montecchio).
- Collabora inoltre con l'Ordine dei Medici nella formazione EBM dei Medici di Medicina Generale e con il Collegio IPASVI nella formazione EBN.
- Prosegue la collaborazione tra la CEU e la Commissione Oncologica Provinciale

- E' stata progettata la formazione e l'attività di una Unità per la Farmacosorveglianza, che comincerà ad operare all'inizio del 2003
- E' stata avviata a livello provinciale la formazione per l'utilizzo di un SW rilasciato dai Centers For Disease Control, sotto l'egida della Organizzazione Mondiale della Sanità, di supporto allo sviluppo delle attività di epidemiologia clinica e di Auditing Clinico nei Dipartimenti (Epi-Info)
- E' stata completata la progettazione del nuovo sito WEB della Biblioteca dell'ASMN, al fine della sua utilizzazione da parte dei professionisti sanitari di tutta la provincia per l'accesso alle BD delle Evidenze di Efficacia.
- La nostra Biblioteca ha curato la progettazione e la realizzazione di una attività formativa diretta alla ricerca delle Evidenze nelle BD di interesse infermieristico, che ha interessato nel 2002 ca. 30 Professionisti, inviati, oltre che dalla nostra azienda, anche dalla AUSL, dal Collegio IPASVI e dal Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche.

Per quanto riguarda *i programmi regionali e nazionali per il Governo Clinico*:

- La CEU dell'ASMN costituisce la struttura tecnica di riferimento per un Progetto di Ricerca Sanitaria Finalizzata finanziato dal Ministero della Salute e promosso dall'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia-Romagna sulla "Gestione del Rischio clinico" di cui l'ASMN è capofila (2002-2004)
- La CEU dell'ASMN costituisce la struttura tecnica di riferimento per un Progetto di Ricerca Sanitaria Finalizzata finanziato dal Ministero della Salute e promosso dall'ASMN, dall'AUSL di Reggio Emilia, dall'Ordine dei Medici della Provincia di Reggio Emilia e dall'Agenzia Sanitaria regionale: "La WEB Community per l'appropriatezza della pratica clinica" (2002-2004)
- La CEU dell'ASMN collabora con l'Agenzia Sanitaria della Regione Emilia Romagna- Area Governo Clinico, nella progettazione e organizzazione di una survey regionale sullo sviluppo delle attività a sostegno del Governo Clinico nel Sistema Sanitario Regionale (2002-2003).

La CEU dell'ASMN ha poi ottenuto a livello nazionale numerosi riconoscimenti, dei quali il più prestigioso è sicuramente costituito dall'attribuzione di uno dei Premi previsti dalla iniziativa "Qualità in Sanità", promossa dal Dipartimento della Funzione Pubblica del Ministero degli Interni e dal Ministero della Salute e consegnato a maggio 2002 alla nostra Direttrice Sanitaria dal Ministro Sirchia.

Questo breve elenco è da considerare semplicemente un pro-memoria e non rende conto delle innumerevoli attività e progetti avviati da dipartimenti e unità operative. Per un esame completo dei Programmi per il Governo Clinico a livello aziendale e dipartimentale, si rimanda al Rapporto 2002 che sarà stilato a cura della CEU aziendale e che sarà disponibile all'inizio dell'anno prossimo.

**Dr.ssa
Barbara Curcio Rubertini**
*Direttore
Servizio Sviluppo Organizzativo*

Colloquio immaginario con l'ultimo paziente salvato da un arresto cardiaco intraospedaliero all'ASMN

P: Dottore, ma è la terza volta in un anno che mi chiama per sapere come sto. Devo preoccuparmi? Anche se ho 75 anni vorrei tirare avanti ancora un bel po'...

Dr: No, no (sorridente). Come le spiegavo l'ultima volta, sei mesi fa, noi effettuiamo sempre tre colloqui telefonici nel primo anno dopo un arresto cardiaco avvenuto in ospedale. Lo chiamiamo "follow up".

P: Chissà quante telefonate, allora le toccherà fare.

Dr: No, in realtà è infrequente tornare in vita dopo un arresto cardiaco, anche se avviene in ospedale. E solo il 5-10% dei pazienti viene dimesso vivo e senza deficit.

P: Allora sono stato molto fortunato.

Dr: E' vero, spesso il cuore non si riprende. Ma sono stati anche molto bravi quelli che le hanno prestato soccorso in reparto. Non hanno perso tempo, hanno fatto le cose giuste con un ottimo lavoro d'equipe. E poi...

P: E poi?

Dr: Beh, un po' di merito lo hanno anche quelli che insegnano agli altri che cosa fare in questi casi.

P: Come vi chiamate?

Dr: Non siamo solo un gruppo di persone, o meglio, certo ci sono alcuni che si occupano, al di fuori del proprio lavoro quotidiano, di addestrare i colleghi a come affrontare certe emergenze. Ma l'elemento di forza, credo, è ormai diffusa nei reparti la conoscenza di questi temi.

P: Quanto è diffusa al S. Maria?

Dr: Oltre il 70 % di quanti sono a contatto con i pazienti ha partecipato almeno una volta a questa formazione, perciò c'è sempre almeno una persona 24 ore su 24 in grado di fare quel che è stato fatto a lei. Ma posso farle qualche altra domanda?

P: Ma certo, ci mancherebbe.

Dr: Ricorda qualcosa di quel pomeriggio?

P: Ho memoria di qualche attimo prima. Stavo bene, ero contento

perché sapevo che presto sarei stato dimesso. Poi più nulla. Ma ad un certo punto mi sembra di aver sentito molto rumore attorno a me, gente che correva. Telefoni...

Dr: Telefoni?

*P: E' qualcosa di molto confuso. Mi sembrava di osservare la scena dal di fuori *. Sì, una persona chiama aiuto. Qualcuno parla al telefono con voce concitata. Una luce violenta...*

Dr: Forse la scarica del defibrillatore.

P: Che cos'è?

Dr: Uno strumento in grado di spegnere una anomalia elettrica del cuore, che possiamo definire "una pazzia potenzialmente mortale" del nostro muscolo più importante".

P: Ma come sono andate davvero le cose?

Dr: Più o meno come le ha immaginate, o percepite, non so dire. Insegniamo a riconoscere e ad agire. Una persona ha capito quel che stava accadendo e ha chiamato aiuto, poi ha iniziato alcune manovre semplici. Nel frattempo una seconda persona ha avvisato il medico di guardia e ha portato nella stanza l'occorrente, in termini di presidi e farmaci, tramite un carrello. Un monitor ha mostrato che il suo cuore aveva un problema, lo stesso monitor ha consentito di eliminare il problema, tramite quel che si chiama scarica di un defibrillatore.

P: Allora è stato come nei film?

Dr: Sì come nei film.

P: Ma si può prevedere quel che è accaduto a me?

Dr: A volte ci sono alcuni segni premonitori, ma è raro. Tuttavia veniamo addestrati anche a cogliere e segnalare cambiamenti significativi e minacciosi. Spesso sono questi cambiamenti a far scattare un campanello d'allarme nel personale sanitario. Ad esempio modificazioni nel numero degli atti respiratori o nella pressione arteriosa o nella frequenza cardiaca, o nel contatto del mala-

to con l'ambiente.

P: Quindi siete i nostri angeli custodi, oltre che prendervi cura delle nostre malattie!

Dottore, non glielo avevo mai detto, ma il S. Maria mi ha fatto un regalo di Natale bellissimo.

Dr: Cioè?

P: Un altro Natale!

* La scena è descritta in questo modo da numerosi sopravvissuti ad arresto cardiaco.

a cura di
Dott. Walter Bottari
Responsabile
del Progetto Formativo
Aziendale BLS
U.O. Anestesia e Rianimazione



Benvenuti e informati

Il Servizio di Prevenzione e Protezione dei rischi professionali, ha avviato un percorso di accoglienza agli operatori sanitari che sono entrati in servizio nell'anno 2002, con un incontro formativo di primo ingresso riguardo a sicurezza e igiene delle attività ospedaliere. I dirigenti e i preposti richiedono e confermano la partecipazione degli operatori.

I docenti sono

Dott. Marco Massari, A.S. Daniela Bonvicini, A.S. Paola Rotelli, Coordinatore Gian Maria Fantuzzi, insieme ai componenti del Servizio di Prevenzione e Protezione, e a quelli di Fisica Sanitaria.

Ecco l'indice del FASCICOLO illustrato agli allievi e messo a disposizione di ogni Unità Operativa. A breve tali contenuti saranno consultabili in Intranet.



Figure di riferimento



Planimetria area ospedale
Unità Operative e Direttori



Prevenzione e Protezione dai Rischi



Rischio Biologico



Rischio Chimico



Dispositivi di Protezione Individuali - DISINFEZIONE



Movimentazione Manuale dei Carichi



Radiazioni Ionizzanti e Non Ionizzanti



Prevenzione da rischi di natura elettrica



Procedure di emergenza



Glossario dei termini di sicurezza

Opuscolo salute e sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro
Procedura denuncia infortuni
Prevenzione e Protezione da Agenti biologici

Risk management: analisi del rischio nelle strutture sanitarie.

Approccio integrato alla definizione, trattamento ed utilizzo delle informazioni

Programma di Ricerca Sanitaria finalizzata, finanziata dal Ministero della Salute

Presupposti

Negli ultimi anni la sicurezza del paziente è diventata una questione centrale per le strutture sanitarie di molti paesi e rappresenta oggi una primaria preoccupazione degli utenti, degli operatori sanitari e degli amministratori dei servizi sanitari nazionali. Nella nostra Regione non esistono dati di riferimento sull'incidenza del problema "errore" in ambito sanitario, mancando anche strumenti che rilevino le evenienze, in modo da rendere possibili la raccolta ed analisi dei dati in maniera coerente con un approccio complessivo alla gestione del rischio.

Le strategie del Governo Clinico aziendale all'interno dell'Arcispedale S. Maria Nuova (ASMN) di Reggio Emilia, comprendono, fra le altre iniziative, lo sviluppo di un progetto sperimentale sulla Gestione del Rischio Clinico, all'interno del progetto dell'Agenzia Sanitaria della Regione Emilia Romagna "Gestione del rischio in strutture sanitarie: approccio integrato".

Per delibera della Regione, il progetto inizia il 28/02/2002 ed ha durata biennale (con scadenza al 28/02/2004 prorogabile al 28/08/2004).

Il Progetto è stato finanziato nell'ambito del Bando di Ricerca Sanitaria Finalizzata 2001 del Ministero per la Salute.

Il Progetto, approvato dal Ministero, è coordinato dall'Agenzia Sanitaria Regionale (Dr.ssa Renata Cinotti).

Obiettivo finale del progetto

L'obiettivo del programma è la realizzazione di un approccio integrato

alla gestione del rischio in strutture sanitarie, nei suoi aspetti di sicurezza ambientale, sicurezza del personale, sicurezza clinica, creando un riferimento comune per la definizione del rischio, il trattamento delle informazioni (esistenti ed ad hoc) nonché l'utilizzo delle stesse per il monitoraggio delle attività e per l'individuazione dei processi di miglioramento, nel rispetto delle autonomie e responsabilità delle differenti aree coinvolte. Tale sistema, da una parte potrà essere utilizzato dinamicamente in modo da conseguire obiettivi di miglioramento complessivo delle attività e prestazioni sanitarie, dall'altra può presentarsi come elemento di affidabilità delle aziende sanitarie in sede di gestione del contenzioso e contrattazione con le assicurazioni.

Le aree di lavoro sono tre:

1. Rischio legato alla sicurezza delle pratiche assistenziali, diagnostiche e terapeutiche
2. Rischio legato alla sicurezza degli ambienti e degli impianti
3. Aspetti medico-legali, assicurativi e di tutela degli operatori e dei pazienti

L'ASMN partecipa a tutte e tre le aree di lavoro, ma è capofila sulla gestione del rischio clinico, in quanto si è dotata di una organizzazione e di competenze per poter effettuare gli audit, fare l'analisi delle cause e definire gli interventi per la gestione del rischio.

Il programma aziendale sperimentale che ha come REFERENTE la CEU (Clinical Effectiveness Unit) con l'ausilio del SSO (Servizio Sviluppo Organizzativo, Responsabile: Barbara Curcio Rubertini) e di un COORDINATORE CLINICO. Questo è motivato dal fatto che il fine ultimo di tale progetto non è solo l'identificazione degli eventuali Eventi Avversi (EA), ma soprattutto la **PRODUZIONE DI LINEE GUIDA**

(LG) volte a modificare la performance clinica e a ridurre il rischio clinico per il paziente.

Rispetto agli impegni presi nel progetto regionale, all'ASMN si chiede di:

- Sperimentare un sistema di identificazione di possibili casi a rischio attraverso la scheda di dimissione: questo primo screening (occurrence screening) viene effettuato dalla Regione Emilia-Romagna (REF), sulle schede di dimissione dei reparti partecipanti del 1 trimestre del 2001 (Medico1 e Medico2).
- Fare una review delle cartelle relative ai ricoveri selezionati, sulla base di un protocollo di audit messo a punto dalla nostra CEU, in base alla letteratura disponibile su programmi di gestione del rischio. Si stima che non più di 1/10 delle cartelle revisionate passeranno questo secondo screening in quanto risulteranno durante il ricovero Eventi Avversi, potenzialmente portatori di un rischio per il paziente (anche se non si fosse verificato alcun danno). Questa fase di audit delle cartelle viene condotta inter pares ed è condotta da un referente clinico di competenze internistiche (Dr.ssa Francesca Briganti).
- Sui casi individuati come ricoveri nei quali si è verificato uno o più eventi avversi, il gruppo di progetto costituito dai referenti per la Qualità Clinica del Dipartimento e dei reparti partecipanti e dai referenti per la qualità clinica della Direzione di Presidio e della Direzione Infermieristica, coordinato dal coordinatore clinico dello studio, condurrà una scelta delle priorità di lavoro. La scelta dovrà essere effettuata secondo i criteri e la metodologia già adottata dalla CEU. (Rilevanza degli eventi, numero-

sità, disponibilità di evidenze per soluzioni efficaci, disponibilità di linee-guida, interesse delle UO partecipanti).

- Su questi Casi/Eventi selezionati, il gruppo di progetto, eventualmente integrato per le competenze necessarie da altri componenti della CEU e/o da altri attori rilevanti per i processi di assistenza identificati, procederà alla Analisi delle Cause (Root Cause Analysis, secondo i criteri generali della Joint Commission on Healthcare Accreditation americana, adattati al nostro contesto dalla RER).
- Una volta identificate le cause, la CEU dipartimentale e la CEU dell'ASMN entreranno nel fornire supporto tecnico al progetto per la stesura (o l'adozione) delle Linee-Guida necessarie alla rimozione/riduzione delle cause organizzative/strutturali/culturali e quindi alla prevenzione/riduzione del rischio per i pazienti. A questo livello la Direzione Sanitaria e i Consigli di Dipartimento verranno coinvolti a pieno titolo, ognuno per le sue aree di responsabilità organizzativa e/o tecnico professionale. Lo Sviluppo organizzativo e gli staff dipartimentali (accreditamento, ECM, Qualità clinica, Comunicazione) forniranno tutto il necessario supporto per l'implementazione delle azioni di miglioramento individuate.

Il primo anno di sperimentazione (fino a gennaio 2003) viene dedicato allo screening, all'audit sulle cartelle. Allo stato attuale è già stato effettuato lo screening delle cartelle cliniche da parte della RER ed è in atto la review dei casi clinici selezionati da parte di un Clinico di competenze internistiche.

Il secondo anno (fino a gennaio 2004, sarà dedicato alla scelta delle priorità) al percorso di analisi delle cause e di stesura e implementazione delle linee-guida.

Questo progetto costituisce, per i due dipartimenti partecipanti (Area Medica 1[^] e Area Medica 2[^]) e per la CEU dell'ASMN una priorità di lavoro nei Programmi 2002, 2003, 2004.

Dr.ssa Francesca Briganti
U.O. di Endocrinologia

Dr.ssa Barbara Curcio Robertini
*Direttore
Servizio Sviluppo Organizzativo*

Tabella 1. Aspetti organizzativi e gestionali del progetto

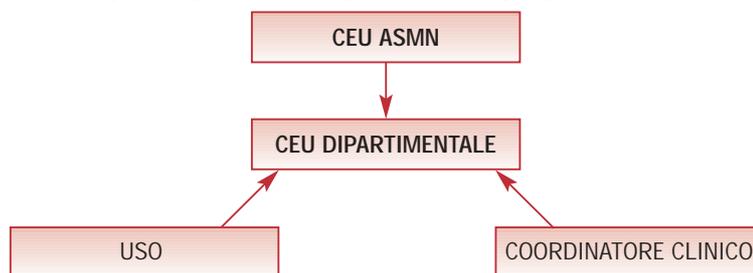
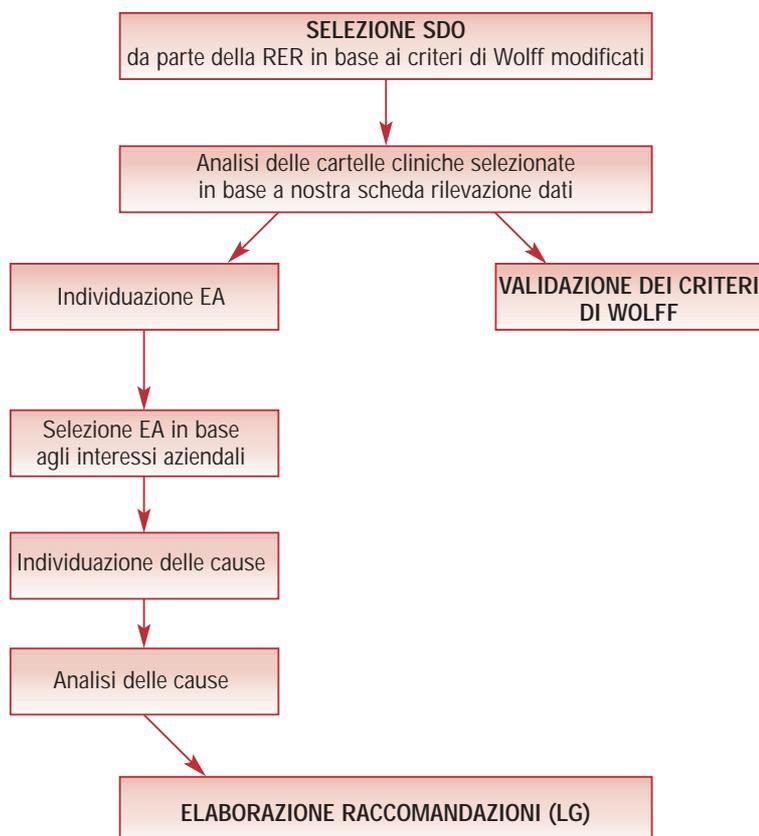


Tabella 2. Obiettivi intermedi e finali.



pregressi, direttamente dal reparto (per gli utenti autorizzati). Sarà definito un regolamento specifico condiviso. In taluni casi sarà possibile accedere all'immagine in tempo reale, anche nella fase in cui il referto radiologico non è stato ancora completato (anche qui saranno stabilite regole precise). Sarà anche possibile, nel reparto, ristampare su carta immagini e referti dal proprio PC;

- l'introduzione di sistemi di gestione automatica del flusso informativo (dati ed immagini) che favoriscono lo scambio e la consultazione simultanea tra il medico radiologo ed i vari specialisti visualizzando le stesse informazioni senza doversi trasferire dai propri luoghi di lavoro;
- la riduzione dei tempi di processo radiologico dall'esecuzione alla refertazione;
- la diminuzione dei tempi di trasmissione della documentazione;
- la possibilità di allegare in cartella clinica la documentazione

iconografica, così come oggi avviene ad esempio per gli esami di laboratorio, su supporto cartaceo anche di alta qualità;

- la possibilità di invio delle immagini, attraverso la radiologia, ad altri centri di riferimento per eventuali consulenze;
- la sicurezza nell'archiviazione di immagini e referti secondo i criteri definiti degli organismi preposti.
- una riduzione dei costi di archiviazione conseguenti la limitazione (ed al più eliminazione) della stampa su pellicola degli esami archiviati su supporto digitale.

Dott. Franco Nicoli
*Direttore Dipartimento
Diagnostica per Immagini*

Pietro Messori
*Capotecnico
U.O. Radiologia 1^a*

Dott. Andrea Nitrosi
Fisica Sanitaria



Figura 3
Esempio di pagina intranet per la visualizzazione di immagini radiologiche digitali.

Il Sistema Informativo Ospedaliero

La cartella di reparto

Il Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche presenta in questo numero e nei prossimi numeri di Notizie i risultati ottenuti in oltre quattro anni di attività di implementazione delle soluzioni informatiche sanitarie. Partendo quindi dalla verifica delle attività di informatizzazione svolte fino ad ora, analizzandone nel contempo gli aspetti che ne hanno garantito una efficace implementazione e quelli dai quali sono emerse criticità, il servizio intende ipotizzare quali potranno essere le prossime attività in ambito informativo ed informatico.

Tutto ciò per sviluppare un progetto tecnico-applicativo che, partendo da una proposta di completamento e diffusione sistematica dell'esistente, rilanci la sfida dell'evoluzione, sai dal punto di vista tecnologico che da quello metodologico, funzionale ed applicativo.

L'obiettivo è definire un percorso di completamento, aggiornamento ed evoluzione di una delle aree applicative più strategiche fornendo agli operatori sanitari uno strumento informatico facile da capire e da usare, efficiente ed efficace.

Lo schema del SIO

Il Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) è costituito dall'insieme dei programmi software utilizzati dagli operatori sanitari all'interno del ns. ospedale. Negli ultimi anni si è molto lavorato per individuare e mettere a punto soluzioni comuni alle diverse unità operative così come sulla loro integrazione. Lo schema seguente rappresenta il SIO.



Le principali funzionalità.

In questo articolo ci riferiamo alle funzioni comprese nel tratteggio sullo schema; queste sono state realizzate a partire dal 1998 con il partner SMS (o Siemens Med) impostando il processo di informatizzazione sul percorso del paziente "ricoverato" ed in emergenza-urgenza".

La gestione del paziente ricoverato, incluso DH, inizia dalla lista d'attesa, passa attraverso accettazione, dimissione e trasferimento (Admission Discharge Transfer, ADT), per arrivare alla compilazione della scheda di dimissione (SDO). E' inoltre possibile richiedere prestazioni sanitarie sul paziente (Order Communication Manager, OCM) ai sistemi dipartimentali dei servizi (laboratori analisi, radiologie, anatomia patologica) con ritorno del

risultato/referto; così come è possibile richiedere consulenze ad altro specialista e compilare la lettera di dimissione.

Anche per il Pronto Soccorso, è disponibile la gestione amministrativa e clinica del paziente attraverso le fasi di accettazione, triage, presa in carico dell'ambulatorio, gestione clinica, consulenze di altri specialisti, dimissione.

Il processo di informatizzazione porta concreti vantaggi alle unità operative. Il decentramento delle funzionalità di accettazione, dimissione, trasferimento del paziente consente una maggiore rapidità di intervento (è possibile chiedere immediatamente esami di laboratorio sul paziente appena ricoverato), un miglior servizio al paziente (il familiare non deve più recarsi presso l'Accettazione Centrale per le pratiche di ricovero) e migliora il processo produttivo (ad es. eliminazione delle schede ottiche per la richiesta di esami di laboratorio). La gestione pre-ricovero attraverso la lista d'attesa fornisce la possibilità di richiedere on line prestazioni anche in tempi precedenti il ricovero effettivo.

Inoltre la connessione e comunicazione tra le diverse strutture operative consente una migliore condivisione delle informazioni: l'elenco delle prestazioni erogabili, i contenuti delle richieste, la disponibilità di un referto chiaro in tempi certi.

Infine si è ottenuto, in generale, una maggiore precisione in termini di tempi, controllo e sicurezza delle informazioni (ad es. il PS conosce in tempo reale quanti pazienti ha visto e con quali codici di gravità) compresi i dati necessari ai rendiconti verso la regione (invio delle SDO).

Come si è visto, l'insieme dei moduli ADT e OCM (detto anche cartella clinica di 1° livello) costituisce la gestione informatica del reparto: le funzionalità componenti sono trasversali a tutta l'organizzazione ospedaliera, non particolari di una specialità. Quindi le funzionalità descritte possono essere utilizzate in qualsiasi reparto dell'ospedale.

In questa schematizzazione, viene demandata ad un ulteriore applicativo, genericamente indicato come

“cartella clinica medica” o di “2° livello”, l’implementazione delle funzionalità più vicine all’attività medica come: la visione storica dei precedenti del paziente, la caratterizzazione per branca medica delle informazioni cliniche, la gestione dei protocolli di cura e dell’interfaccia verso la strumentazione medica.

Nel corso dell’ultimo anno si è cominciato a lavorare alla informatizzazione del percorso ambulatoriale spinti dall’esigenza clinica di gestire in modo completo gli episodi di cura indipendentemente dal percorso del paziente (interno od esterno). In questo ambito la prenotazione utilizza il sistema territoriale condiviso con AUSL RE operando, se necessario, su agende riservate a ns. personale mentre, per la refertazione, è utilizzata una soluzione SMS analoga a quella per il paziente ricoverato. E’ di imminente avvio, presso gli ambulatori di Otorino dei Poliambulatori, una sperimentazione dell’applicativo, alimentato automaticamente dalle prenotazioni provenienti dal CUP, che consentirà all’infermiere di accettare il paziente ed al medico di scrivere il referto mediante computer.

Chi già utilizza le funzioni.

La tabella seguente riporta in quali reparti sono utilizzate le funzionalità descritte. La legenda dei colori si riferisce alla tipologia di operatore che normalmente se ne avvale:

- | | |
|--|-----------------|
| - Lista d’attesa | Amministrativo |
| - Accettazione/Dimissione/Trasferimento | Infermieristico |
| - Richiesta esami di Laboratorio | Infermieristico |
| - Richiesta esami di Radiologia e Consulenze | Medico |
| - Lettera di dimissione | Medico |
| - Compilazione SDO | Medico |

PRINCIPALI FUNZIONI UTILIZZATE DALLE STRUTTURE OPERATIVE NELL’AMBITO DELLA PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI RICOVERATI									
Struttura operativa	Lista d’attesa	ADT ordinario	ADT DH	Richiesta esami LACC	Richiesta esami Radiologie	Richiesta consulenze	Rilascio consulenze	Lettera di dimissione	Compilazione SDO
Accettazione Ricoveri	SI	SI	SI						SI
Cardiologia		SI							SI
DH Medico									
Dip. Medico 1	SI		SI	SI	SI			SI	SI
Chirurgia II	SI	SI	SI	SI					SI
Segreteria unificata Dip. Ch. 1	SI								
Cardiologia									
Castelnuovo Monti		SI							SI
Geriatrics		SI						SI	SI
Med. d’Urgenza e Neurotraumatologia		SI		SI					SI
Neurologia		SI	SI	SI					SI
Chirurgia I	SI	SI	SI	SI					SI
Medicina III		SI	SI	SI					SI
Segreteria unificata Dip. Ch. 2	SI								
DH Oncologia				SI					SI
Tutti i reparti									SI

Ing. Sergio Bronzoni
Direttore Servizio Tecnologie
Informatiche e Telematiche

Centro di Educazione Continua e di Documentazione per il Governo Clinico e l'Innovazione Professionale

Finalità

Innanzitutto, vogliamo cogliere le opportunità che ci offre il nostro contesto per coordinare gli sforzi che come ASMN stiamo facendo in alcuni campi (quello della formazione, quello della documentazione, quello dell'innovazione, quello del governo clinico).

Descrizione del progetto

Una serie di circostanze, in parte legate all'ambiente esterno e in parte maturate nel nostro ospedale, sostengono e giustificano la creazione del Centro.

Possiamo citare le principali: Provvedimenti attuativi del 3^o PSR (dicembre 2000), Carta dei Valori e degli Impegni dell'ASMN (dicembre 2000), Atto Aziendale e regolamento dei Dipartimenti dell'ASMN (febbraio-maggio 2001), avvio di una collaborazione pluriennale tra ASMN e Gruppo Italiano di Medicina Basata sulle Evidenze (dicembre 2000-novembre 2001), Collaborazione pluriennale col Centro di Continuing Medical Education della Washington University School of Medicine in St. Louis (luglio 2001). Obiettivo generale di questo progetto è creare un centro di riferimento nazionale per l'Educazione Continua in Medicina, accreditato come centro ECM, e con una vocazione specifica nella formazione per lo sviluppo del Governo Clinico.

Il Centro ha anche l'ambizione di costituirsi come luogo/occasione per la nascita di relazioni stabili di scambio, sia tra i partners che promuovono le iniziative che tra gli utilizzatori dei programmi, costituendosi anche come centro di coordinamento del Programma di Network per l'Innovazione e la Ricerca dell'Arcispedale Santa Maria Nuova, già avviato nel 2001.

Azioni

L'attività del Centro ECM dell'ASMN è primariamente destinata

a tre "popolazioni" di utenti-target, sia provenienti dai servizi sanitari dell'ASMN che esterni all'ospedale:

- Medici e altri professionisti sanitari con responsabilità di programmazione e di management (a livello regionale, di direzione sanitaria aziendale, di presidio ospedaliero, di distretto, di programma, di dipartimento e di altre strutture complesse).
- Medici clinici e altri professionisti sanitari, per area disciplinare.
- Gruppi interprofessionali (medici, sanitari, infermieri e tecnici) per programmi integrati di area dipartimentale (ad es. diagnostica per immagini, patologia clinica).

Possiamo individuare quattro principali linee d'azione:

- Il Centro si configura come una vera e propria organizzazione di servizio all'interno dell'ASMN, sia per le nostre équipes che per gli utenti esterni (si tratta di definire degli standard sia sulla qualità delle offerte formative che sulla loro gestione, a maggior ragione ora che i processi di accreditamento ECM appesantiscono notevolmente gli aspetti di documentazione e di gestione amministrativa dei progetti formativi).
- Il Centro riconosce un'area di iniziativa propria, e quindi attività promozionale e attività di "ricerca delle opportunità" (come previsto attualmente per il Programma Network).
- Agisce in coerenza con le priorità di sviluppo definite dalla Direzione dell'ASMN e dai suoi Dipartimenti. Possiamo notare che da questo punto di vista la Convenzione in Atto con il Centro CME della Washington University ci consente di poter disegnare un progetto organizzativo e di gestione del Centro e di poter contare su una consulenza esperta e su strumenti di programmazione e Verifica ampiamente sperimentati (che ci permettono di incamminarci, fra l'altro, verso pro-

grammi di accreditamento europeo delle nostre équipes cliniche, come fu richiesto dal Collegio di Direzione nel giugno 2000).

Obiettivi

Il prodotto principale che si vuole offrire è un programma poliennale di progetti di formazione accreditati ECM a supporto dello sviluppo del Governo Clinico e della Innovazione della pratica professionale, diretto ai professionisti sanitari della Provincia di Reggio Emilia e a professionisti sanitari provenienti da Regioni, Aziende Sanitarie pubbliche e private, Associazioni, Società Scientifiche, Ordini e Collegi Professionali su base nazionale.

Il Centro mette anche a disposizione periodicamente, grazie alla collaborazione delle équipes leaders dei programmi di sviluppo, un numero limitato di laboratori di innovazione della pratica clinica e professionale, attraverso l'organizzazione di stages di formazione accreditati presso le strutture dell'ASMN, una attività di tutorship a distanza e di revisione sul campo di progetti. In analogia a percorsi attivi all'estero (ad es. Oxford), verranno inoltre preparati ed accreditati tutors e percorsi formativi in ambito di Medicina basata sull'Evidenza per i tirocinanti delle Scuole di Specialità mediche con le quali l'ASMN è convenzionato.

· Strettamente connessa all'attività didattica sarà inoltre l'offerta di servizi di documentazione e di formazione fruibili tramite convenzione con la Biblioteca dell'ASMN (document delivery, formazione all'utilizzo delle principali Banche-Dati di Linee-guida e della letteratura evidence-based, sia nel campo medico che del nursing).

Infine stiamo valutando l'opportunità della organizzazione di visite di conoscenza e di scambi con organizzazioni sanitarie italiane ed estere che fanno parte del Network di

innovazione e sviluppo dell'ASMN, naturalmente nei campi di interesse delle politiche e dei programmi di Governo Clinico e di Innovazione professionale.

Vantaggi attesi

I requisiti di qualità dell'attività formativa ECM saranno gli stessi che permetteranno alle nostre équipes cliniche di presentarsi ai programmi di accreditamento professionale europeo, già attualmente in vigore, secondo una scelta fatta dal nostro Collegio di Direzione Strategica: si è infatti progettato di perseguire, parallelamente all'adeguamento ai requisiti di qualità stabiliti dal programma regionale di accreditamento, anche il progressivo accreditamento professionale delle équipes cliniche, secondo gli standard europei. Questi standard prevedono anche la considerazione degli indicatori di Customer Satisfaction nella formulazione del giudizio di accreditamento, accanto a quelli di qualità dei risultati clinici e di qualità organizzativa. Particolare attenzione, quindi, nei nostri programmi formativi sarà rivolta alla formazione del personale sanitario sulla valutazione integrata di questi tre aspetti e sul loro miglioramento globale.

Realizzazione

Il progetto è promosso dalla Direzione Aziendale, che si avvale dello staff di Sviluppo Organizzativo per la sua realizzazione. Sono coinvolti nella realizzazione le Direzioni e gli staff dei 10 Dipartimenti Clinici dell'ASMN e l'Unità per l'Efficacia Clinica del nostro Ospedale. Il progetto è condotto in partnership con La Washington University School of Medicine e col Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle evidenze. Il programma formativo è progettato e realizzato in maniera integrata con il Collegio IPASVI, l'Ordine dei Medici e il Collegio TSRM della provincia di Reggio Emilia. Numerose Società Scientifiche e Associazioni partecipano alla realizzazione di iniziative specifiche, così come le Università che hanno sede nel territorio regionale. Una particolare funzione di committenza e di collaborazione su aree specifiche di lavoro è assicurata dalla Regione Emilia Romagna. Il Centro di Educazione Continua per il Governo Clinico e l'Innovazione Professionale dell'ASMN costituisce una struttura permanente di servizio per l'Arcispedale Santa Maria Nuova. Nell'ambito del Sistema Qualità Aziendale sono stati definiti le procedure e i requisiti di qualità dell'attività di pianificazione e realizzazione delle iniziative di formazione e la verifica del rispetto degli standard rientra

nel sistema annuale delle verifiche interne di qualità.

Comunicazione interna

Nell'ambito del processo di pianificazione degli obiettivi annuali e pluriennali dell'ASMN, è stata inclusa la progettazione e la realizzazione del Programma ECM rivolto ai professionisti sanitari dell'ASMN e comprensivo delle offerte formative rivolte all'esterno (o con una riserva di posti per l'esterno). Questo processo si è fondato principalmente sulla integrazione e sulla comunicazione interna, in primis tra i professionisti che svolgono funzioni di staff per la propria équipe o per il Dipartimento (all'ASMN sono attive diverse di queste "reti": per l'accreditamento, per la formazione, per la qualità clinica, per la comunicazione). Questo processo è stato promosso e supportato dallo staff aziendale di Sviluppo Organizzativo, dalla Direzione Sanitaria e dallo Staff di Controllo di Gestione.

Formazione del personale

Un primo programma biennale per il miglioramento della qualità dei processi di formazione e sviluppo professionale è stato avviato già dal

2000 e si è concluso alla fine del 2001, con l'avvio delle nuove procedure ECM-oriented in tutti i Dipartimenti.

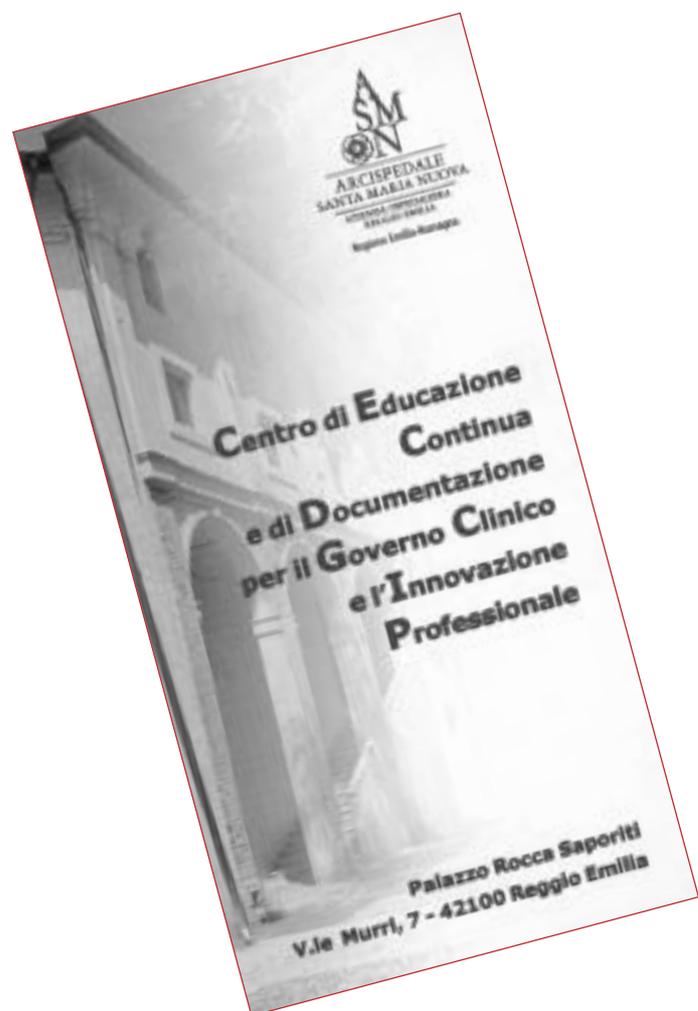
Benchmark

Attività di Benchmark sono in corso con i due centri universitari citati nel progetto: la Oxford University e la Washington University, in particolare per la organizzazione e la gestione dei loro Centri CME e delle attività di sostegno per il Governo Clinico.

Sostenibilità organizzativa

Si fonda su una rete interna ed esterna di collaborazioni. Entrambe sono stabili ed ad esse viene dedicata una attività specifica di comunicazione e sviluppo. Forte commitment sia da parte della Direzione aziendale, che dei dipartimenti che dei professionisti. Forte motivazione dei leaders di progetti di innovazione professionale che fanno parte dello staff clinico dell'ASMN. Partnership "robuste".

**Dr.ssa
Barbara Curcio Rubertini**
Direttore
Servizio Sviluppo Organizzativo



Assistenza infermieristica ed evidenze di efficacia

Lavorare all'interno di un'organizzazione complessa come la nostra significa abituarsi a cambiamenti continui: cambia la domanda di salute, la tipologia d'utenza, la tecnologia, le tecniche operative.

Siamo sottoposti ad un continuo sforzo d'adattamento e di ricerca di soluzioni che garantiscano la migliore qualità delle cure per i nostri pazienti.

Lo studio dell'Evidence Based Health Care rappresenta un valido strumento per garantire la qualità delle cure ma ci costringe a confrontarci con il cambiamento e con alcune novità: l'informatica, internet, l'inglese, la ricerca.

Vorrei parlarvi, allora, delle trappole per l'entusiasmo.

Si tratta di un termine coniato da Robert Pirsig in un suo famoso libro scritto negli anni '70 e vi vorrei spiegare di cosa si tratta attraverso un esempio.

Ho imparato l'Inglese a scuola (negli anni '70, alle magistrali, si studiava solo fino alla seconda classe) e in seguito, fino ad oggi, traducendo canzoni. Come potete immaginare, il linguaggio lirico è molto diverso da quello scientifico, pertanto, la prima volta che ho avuto occasione di leggere un articolo scientifico ho capito che era un'impresa superiore alle mie possibilità, dal momento che conteneva una serie infinita di vocaboli sconosciuti.

Per questo sono rimasta veramente di stucco quando, dopo il brevissimo corso di sopravvivenza linguistica, che precedeva la formazione vera e propria in E.B.H.C., dove ci sono state suggerite semplici strategie e consigli su come affrontare un articolo senza farsi prendere dal panico, ho riaperto quel vecchio articolo che avevo chiuso in fondo ad un cassetto e, miracolo! l'ho letto dall'inizio alla fine.

Ho capito allora che, quando avevo concluso di non essere in grado di leggere l'inglese, ero caduta in una subdola trappola per l'entusiasmo, un inganno della mente.

Cadiamo in trappole di questo tipo ogni volta che crediamo di non poter fare qualcosa, oppure quando ci sentiamo fuori posto in una situazione

nuova perché ci manca qualche strumento, oppure, peggio ancora, quando ne possediamo anche troppi e sentiamo di essere utilizzati al di sotto delle nostre possibilità; allora abbiamo paura e imparare diventa una fatica insormontabile.

Ma perché per me è stato magico quel minicorso di inglese e per altri no? Perché era tarato proprio sui miei bisogni, probabilmente perché avevo effettuato una prova pre-corso.

Credo si debba ricorrere più frequentemente e con maggior consapevolezza ai test di ingresso nei percorsi formativi.

I test di auto-valutazione sono utilizzati, prevalentemente nel mondo anglosassone, per indirizzare e utilizzare al meglio le risorse formative.

Non dimentichiamo che il panorama infermieristico e tecnico ha caratteristiche di grande variabilità:

- formazione di base eterogenea, per la maggior parte del personale attualmente in servizio;
- percorsi personali molto diversificati soprattutto per quanto riguarda le abilità informatiche e linguistiche.

Utilizzare test di auto-valutazione pre-corso significa allora, non soltanto risparmiare risorse preziose (tempo ed energie dei formatori, degli infermieri e dei tecnici), ma neutralizzare, soprattutto, le pericolose trappole per l'entusiasmo, evitando di sentirsi dei perfetti idioti, quando in realtà ci mancano solo poche informazioni essenziali o, al contrario, di ascoltare cose che si conoscono già fino alla noia.

Evitate le trappole, ci rimane ancora un ostacolo da superare: proseguire sulla strada della ricerca delle evidenze scientifiche significa utilizzare parte del proprio tempo di lavoro, e spesso anche di quello libero, nei percorsi di studio, nelle esercitazioni, nella ricerca ecc.

Chi ce lo fa fare?

Partendo dalla considerazione che, come esseri umani agiamo sotto l'impulso di due generi di valori, il senso del dovere da una parte e la risposta ad un bisogno o desiderio dall'altra, credo che la più alta qualità, in qualsiasi attività della vita, si

raggiunga quando si agisce ascoltando anche i nostri bisogni. Il senso del dovere, infatti, ci assiste nei momenti di crisi, ma se lo ascoltiamo troppo, diventiamo sordi all'altra parte di noi, che esprime i nostri desideri, e ci sentiamo a disagio, talvolta ci ammaliamo.

Allora mi sono chiesta: questo percorso EBHC soddisfa un desiderio/bisogno comune per le professioni infermieristiche e tecniche, che ci permetta di raggiungere lo scopo con la minima fatica e la massima efficacia?

La mia risposta è il bisogno di AUTONOMIA.

Divenire autonomi nella ricerca di informazioni significa saper prendere decisioni orientate a scelte di qualità, importanti ora e ancor più in futuro, per i nostri pazienti;

divenire autonomi nell'uso delle evidenze significa stimolare il senso critico;

divenire autonomi significa acquisire maggior fiducia nelle nostre capacità;

la fiducia sviluppa ottimismo e, alla fine, in questo circolo virtuoso che si crea, è l'autonomia che acquisiamo nella pratica infermieristica il miglior antidoto contro le trappole per l'entusiasmo.

Vorrei concludere utilizzando le parole di Robert Pirsig:

“Qualsiasi lavoro tu faccia, se trasformi in arte ciò che stai facendo, con ogni probabilità scoprirai di essere divenuto per gli altri una persona interessante e non un oggetto. Questo perché le tue decisioni, fatte tenendo conto della qualità, cambiano anche te. Meglio: non solo cambiano te e il lavoro, ma cambiano anche gli altri, perché la qualità è come un'onda..... e chi la vede si sente un pochino meglio...” (da “Lo Zen e l'arte della manutenzione della motocicletta”, Adelphi, 1974).

Patrizia Beltrami
Neonatologia

Nuovo look per Notizie

Anche "Notizie" si rifà il look. Dal prossimo anno uscirà totalmente rinnovato nei contenuti e nella veste grafica. Ecco quali saranno le novità.

Comitato di Redazione

La rete intranet/internet si occuperà, nel 2003 e anni successivi, della redazione di "Notizie". La rete, denominata anche Comitato di Redazione, è composta da un referente per ciascun dipartimento clinico ed un referente per i servizi amministrativi, tecnici, di staff ed altri servizi di cui si è sentita la necessità di una rappresentanza all'interno del Comitato.

DIPARTIMENTO / U.O. / SERVIZIO	NOME	TELEFONO
Sviluppo Organizzativo	Dr.ssa Barbara Curcio Rubertini	0522-296813
Tecnologie Informatiche e Telematiche	Ing. Sergio Bronzoni	0522-296955
Responsabile Progetto "Arianna Line"	Lidia Scalabrini	0522-296836
Segreteria "Notizie"	Francesca Zuelli	0522-295807
Sviluppo Organizzativo	Dr.ssa Maria Ravelli	0522-296807
Biblioteca	Dr.ssa Rita Iori	0522-296513
Area Medica 1^	Dott. Michele Zini	0522-296537
Area Medica 2^	Dott. Guglielmo Rossi	0522-296454
Area Chirurgica 1^	A.F.D. Orienna Malvoni	0522-296091
Area Chirurgica 2^	A.F.D. Claudia Cagossi	0522-296350
Area Critica	Dott. Massimo Pantaleoni	0522-296434
Materno Infantile	Dott.ssa Cristiana Magnani	0522-296211
Emergenza Urgenza	I.P. Paolo Marconi	0522-296469

DIPARTIMENTO / U.O. / SERVIZIO	NOME	TELEFONO
Diagnostica per Immagini	Dott. Giulio Zuccoli	0522-296547
Patologia Clinica	Dott. Luigi Vecchia	0522-296363
Onco-Ematologico	Dott. Luigi Serra	0522-296051
Tecnologico Scientifico	Per. Ind. Vando Piccagli	0522-296069
Direzione Medica di Presidio	Dott. Mirco Pinotti	0522-296578
Attività Tecniche	Massimo Magnani	0522-296302
Prevenzione e Protezione	Ing. Giovanni Guatelli	0522-296713
Logistico Alberghiero	Dr.ssa Sonia Ceccarelli	0522-296720
Assistenza Infermieristica e Tecnica	A.F.D. Monica Guberti	0522-296649
Comitato Etico	Dr.ssa Teresa Coppola	0522-296212
Farmacia	Dr.ssa Lidia Fares	0522-296511
Servizi Amministrativi	Lorenzo Fioroni	0522-296846

Questi referenti hanno il compito a loro volta di coordinare il loro gruppo dipartimentale, costituito da un referente per ogni U.O.. Il Comitato, che fino a ieri si è occupato di intranet ed internet, ha accettato questa nuova sfida. Co-scienzi che redattori o giornalisti non si nasce, ci si è posti come obiettivo prioritario far parlare i professionisti del S. Maria Nuova. In che modo? In ogni numero ci sarà uno spazio per ogni dipartimento, sarà un'occasione per i professionisti di mettere "nero su bianco" le proprie idee, le esperienze, i lavori, le produzioni scientifiche, in pratica i propri vissuti professionali e poterli trasmettere agli altri. Quindi potrebbe essere un'occasione per condividere e diffondere il proprio sapere.

Programmazione e contenuti

E' stata fatta una programmazione annuale e sono state fissate le scadenze per la presentazione degli articoli. Sono state stabilite alcune rubriche che dovranno essere presenti in tutti i numeri di Notizie, quali:

- Pubblicazioni scientifiche, nuovi percorsi di lettura, recensioni di pubblicazioni: a cura della Dr.ssa Rita Iori, Responsabile della Biblioteca Medica
- Innovazione tecnologica, scientifica e organizzativa: a cura di Vando Piccagli, Fisica Sanitaria
- Ampliamento ospedale: a cura di Massimo Magnani, Attività Tecniche,
- News o notizie in breve a cura di tutti i componenti del Comitato di Redazione.

Ci sarà la possibilità di fare inserti su tematiche particolari o numeri monografici di Notizie, in base a necessità o richieste che sorgono nel corso dell'anno.

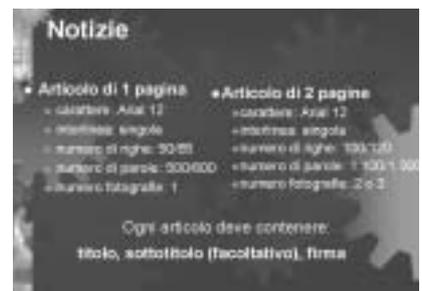
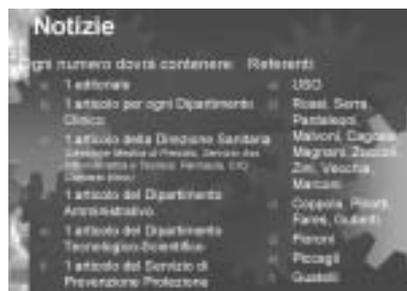
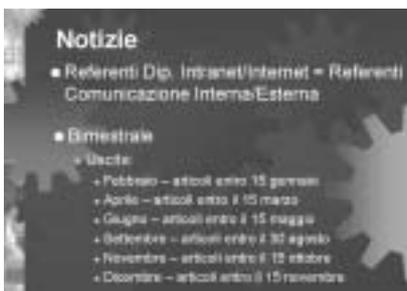
Norme redazionali

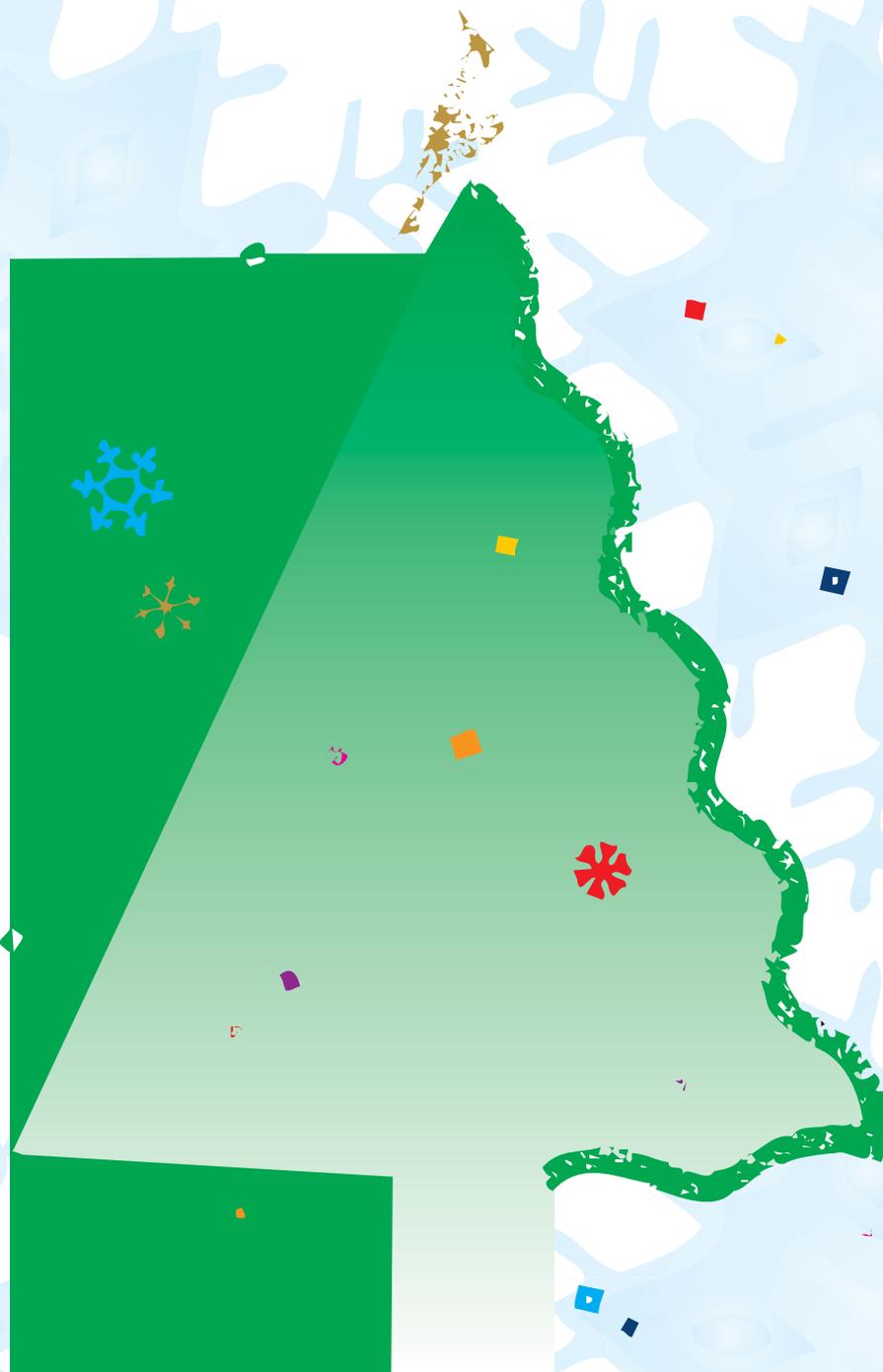
Per chi vorrà scrivere, forniamo alcune indicazioni tecniche per la redazione degli articoli (vedi ultima slide). Sottolineiamo comunque la necessità di scrivere in modo chiaro, semplice e sintetico e di rimandare eventuali approfondimenti ad altri mezzi (intranet, documenti già prodotti o contatti diretti con gli autori degli articoli).

Inoltre spazio alle immagini, foto, vignette, disegni, grafici, tutto ciò che possa incentivare la lettura ed aiutare a non appesantire il testo.

Avete notizie, esperienze, contattateci, le potrete vedere pubblicate su "Notizie".

Il Comitato di Redazione





Buon Natale e felice Anno Nuovo
Veselé Vanoce - Štastný Nový Rok.
Merry Christmas and happy New Year
クリスマスの喜びと新年の御幸福を祈ります。
Hauskaa Joulua - Onnellista Uutta Vuotta
歡賀聖誕 恭賀新年
Srečna Nova Godina
Feliz Natal e bom Ano Novo
Gelukkig Kerstfeest en Voorspoedig Nieuwjaar
La Multj Ani!
Glædelig Jul og Godt Nyttár
Καλά Χριστούγεννα και Εὐτυχισμένος ὁ Καινούργιος Χρόνος
С НОВЫМ ГОДОМ
Gledelig Jul og godt Nyttar
Kellemes karácsonyi ünnepekét és boldog új évet kívánunk
Felices Navidades y próspero Año Nuevo
Frohe Weihnachten und ein glückliches Neues Jahr
عيد ميلاد سعيد وعام حديد سعيد
הַשָּׁנָה הַחֲדָשָׁה
Gelukkige Kersfees en Voorspoedige Nuwejaar
God Jul och Gott Nytt År
Yeni Yılınız Kutlar, Sağlık ve Başarılar Dileriz
Joyeux Noël et bonne Nouvelle Année
Wesołych Świąt - Szczęśliwego Nowego Roku
Gëzuar Vitin e Ri