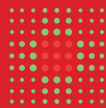


n. 5/6

Notizie

Dicembre 2007

Arcispedale Santa Maria Nuova



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

PERIODICO BIMESTRALE DELL'ARCISPEDALE SANTA MARIA NUOVA DI REGGIO EMILIA
Registrazione del Tribunale di Reggio Emilia n. 940 del 11/02/97 Anno XII - 2007 - n. 5/6
"Poste Italiane S.p.a. - Spedizioni in abbonamento postale - 70% - DBC Reggio Emilia"

L'ARCISPEDALE S. MARIA NUOVA IN UNA
PROSPETTIVA DI IRCCS

PROGETTO "CULTURA DELLA GESTIONE DEL
RISCHIO CLINICO"

COME LO SCREENING STA CAMBIANDO
L'ENDOSCOPIA DIGESTIVA

IMAGING METABOLICO PET PER UNA
MODERNA RADIOTERAPIA

LA NUOVA SEDE DEL SERVIZIO
TECNOLOGIE INFORMATICHE E
TELEMATICHE (STIT)

IL CENTRO FORMAZIONE OSS:
LA FORMAZIONE DEL PERSONALE DI
SUPPORTO

L'INFORMATIZZAZIONE COME MOMENTO
DI INTEGRAZIONE INTERPROFESSIONALE

LA MEDIAZIONE DEI CONFLITTI IN AMBITO
SANITARIO: UN'ESPERIENZA INNOVATIVA

ANALISI STRUMENTALI PER LA VALUTAZIONE
DELLO STATO NUTRIZIONALE E DELLA
COMPOSIZIONE CORPOREA

COMUNICAZIONE MEDIANTE L'UTILIZZO DI
UNA RETE INTRANET DA PARTE DEL SERVIZIO
DI PREVENZIONE E PROTEZIONE (SPP)

ANCHE NEL 2008 L'AZIENDA
OSPEDALIERA CONTINUA LA
FORMAZIONE SUI PRINCIPI E LE
TEMATICHE DEL CODICE DELLA PRIVACY

UN MONDO DI LUCE



Destinatario:

SOMMARIO N. 5/6 DICEMBRE 2007

Direzione Generale

- 3 L'Arcispedale S. Maria Nuova in una prospettiva di IRCCS**

Direzione Medica di Presidio

- 4 Progetto "Cultura della Gestione del Rischio Clinico"**

Screening interaziendale

- 6 Come lo screening sta cambiando l'endoscopia digestiva**

3^a Meeting Internazionale

- 9 Imaging Metabolico PET per una moderna Radioterapia**

Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche

- 11 La nuova sede del Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche (STIT)**

Servizio Formazione, Innovazione Clinica e Biblioteca

- 13 Il Centro Formazione OSS: la formazione del personale di supporto**

*Dipartimento Medicina Interna e Specialità Mediche
Direzione Infermieristica, Tecnica ed Ostetrica*

- 15 L'informatizzazione come momento di integrazione interprofessionale**

*Area Amministrativa
Servizio Affari Istituzionali, Legali e Comunicazione*

- 16 La mediazione dei conflitti in ambito sanitario: un'esperienza innovativa**

Team Nutrizionale

- 19 Analisi strumentali per la valutazione dello stato nutrizionale e della composizione corporea**

*Servizio di Fisica Sanitaria
Servizio Affari Istituzionali, Legali e Comunicazione
Servizio di Prevenzione e Protezione*

- 22 Comunicazione mediante l'utilizzo di una rete intranet da parte del Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP)**

*Area Amministrativa
Servizio Affari Istituzionali, Legali e Comunicazione*

- 25 Anche nel 2008 l'Azienda Ospedaliera continua la formazione sui principi e le tematiche del codice della privacy**

Dipartimento Ostetrico Ginecologico e Pediatrico

- 27 Un mondo di luce**

NOTIZIE

PERIODICO DELL'ARCISPEDALE S. MARIA
NUOVA DI REGGIO EMILIA

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

ANNO XII - 2007 - N. 5/6

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

DIRETTORE RESPONSABILE

Lidia Scalabrini

HANNO COLLABORATO A QUESTO NUMERO:

Ilda Baccini

Sergio Bronzoni

Marina Ferrari

Federica Fioroni

William Giglioli

Giovanni Guatelli

Monica Guberti

Cinzia Iotti

Vanda Lucenti

Maria Grazia Macchioni

Cristiana Magnani

Gioia Parisi

Luisa Paterlini

Vando Piccagli

Marta Ebe Reverberi

Romano Sassatelli

Ivan Trenti

Salvatore Vaccaro

Francesco Vercilli

Annibale Versari

Barbara Villa

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Ufficio Comunicazione Aziendale

Viale Umberto 1°, 50 - 42100 Reggio Emilia

Tel. 0522 296836 - Fax 0522 296384

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

GRAFICA E STAMPA

Tipografia San Martino

San Martino in Rio (RE)



L'ARCISPEDALE S. M. NUOVA IN UNA PROSPETTIVA DI IRCCS

Premessa

“Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico sono enti a rilevanza nazionale, dotati di autonomia e personalità giuridica che secondo standard di eccellenza, perseguono finalità di **ricerca**, prevalentemente **clinica** e **traslazionale** nel campo biomedico ed in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità” (art. 1 D.Lgs. 288/03). La ricerca si definisce traslazionale quando è improntata alla applicazione immediata alla pratica clinica dei risultati emersi.

E' questa la prospettiva che si profila per il nostro Ospedale: diventare un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (I.R.C.C.S.).

La Regione Emilia Romagna ha previsto nel Piano Sociale e Sanitario Regionale 2007-2009 di costituire una rete di I.R.C.C.S. in quanto “motore di innovazione e sviluppo”, in particolare se sviluppata in contesti multidisciplinari fortemente integrati con la formazione. Gli ambiti definiti di interesse prioritario sono Neuroscienze e Oncologia. Ed è in questo scenario che si delinea, per l'Azienda Ospedaliera Arcispedale S. Maria Nuova, la possibilità di un riconoscimento dell'attività di ricerca nell'ambito delle **Tecnologie avanzate e dei Modelli Assistenziali in Oncologia**. La candidatura trae origine dal forte impegno e dai risultati raggiunti dal nostro Ospedale in questi anni per qualificare l'offerta e migliorare complessivamente i percorsi diagnostico terapeutici, i modelli organizzativi che integrano la fase ospedaliera e quella territoriale.

L'ASMN si è caratterizzato per competenze rilevanti nel campo della diagnostica avanzata e per capacità di integrazione in rete con altre strutture specialistiche in regione e fuori ed ha operato per consolidare esperienze ed innovare modelli assistenziali rivolti al paziente oncologico, trasferendo le innovazioni cliniche ed assistenziali elaborate da attività di ricerca e sviluppando ulteriori, originali linee di ricerca.

I presupposti che hanno portato alla candidatura ASMN ad I.R.C.C.S. in Tecnologie avanzate e Modelli Assistenziali in Oncologia sono diversi; certamente, in questa sede vale la pena di ribadire quali saranno i punti fermi dell'operazione:

1. con la trasformazione in IRCCS l'Azienda Ospedaliera continuerà ad essere unica
2. sarà un IRCCS a carattere interamente pubblico
3. non vi sarà nessun cambiamento nello status giuridico

del personale

4. saranno ulteriormente consolidati i rapporti di collaborazione con altre istituzioni sanitarie pubbliche, in particolare con l'Azienda USL di RE.

Si tratterà di una evoluzione “naturale”, ma anche di un grande passo avanti che renderà visibile il lavoro svolto dai professionisti in questi anni, valorizzandolo e consolidandolo. In questo naturale sviluppo tutti i professionisti dovranno essere coinvolti, a prescindere dalla formale appartenenza alle discipline direttamente interessate dall'I.R.C.C.S..

Ciò dovrà realizzarsi senza snaturare i principi e la storia della sanità reggiana, anzi: dovrà mantenerne le peculiarità, così sintetizzabili:

- attenzione al paziente
- buona organizzazione
- forte integrazione con i servizi sanitari del territorio provinciale e oltre.

Dovrà essere un progetto di ricerca che tenga conto di queste nostre caratteristiche irrinunciabili, diventando una sorta di “via reggiana all'IRCCS”, come ha osservato il Direttore generale della Agenzia sanitaria regionale in occasione di un recente incontro pubblico sul tema.

Infine, è opportuno ribadire che dovrà coinvolgere tutti i professionisti dell'azienda, non solo coloro direttamente interessati alle discipline di interesse come I.R.C.C.S.; solo così rappresenterà una crescita per il nostro ospedale e un progresso per la comunità “reggioemiliana” *.

Concludo ricordando le parole pronunciate da Luigi Maramotti in occasione della presentazione del progetto di ricerca “Linfocare”, finanziato dalla Fondazione “Giulia Maramotti”: *“l'ospedale è una comunità incredibile e speciale, una sorta di stanza di compensazione di cure, affetti ed emozioni. La comunità reggiana deve essere molto orgogliosa e non avere, anche ai vertici, sensi di limitazione nello svolgimento di attività avanzate”*.

Candidarci a sede di I.R.C.C.S. è una sfida impegnativa ma con anche grandi opportunità: non possiamo rinunciarvi.

* Questa è la definizione coniata dall'architetto catalano Santiago Calatrava per denominare la comunità reggiana, durante il discorso tenuto in occasione della inaugurazione dei Ponti di Calatrava, il 20 Ottobre 2007.

Ivan Trenti - Direttore Generale



PROGETTO "CULTURA DELLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO"

Avviata la formazione aziendale volta a promuovere una cultura della sicurezza della gestione e dell'innovazione in tema di rischio clinico

Le strategie del Governo Clinico aziendale hanno portato alla predisposizione di un Piano Programma di Gestione del Rischio che si pone l'obiettivo di innalzare i livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza e delle prestazioni sanitarie, attraverso la prevenzione, la promozione di azioni finalizzate a contenere i rischi, la comunicazione con gli operatori ed i cittadini.

La promozione di una cultura della sicurezza, condizione oggi imprescindibile per offrire un servizio più coerente con le aspettative dei cittadini, passa necessariamente attraverso un percorso formativo che coinvolge tutti gli operatori impegnati nell'assistenza.

Infatti, solo attraverso l'adozione di un linguaggio comune, la diffusione delle conoscenze sugli strumenti e sulle metodologie disponibili per l'identificazione e l'analisi delle cause, la condivisione di una visione orientata non alla ricerca del colpevole, bensì all'apprendimento dagli errori, si possono concretamente gettare le basi per determinare cambiamenti organizzativi orientati ad un efficace controllo del rischio clinico, oltre che al miglioramento ed innovazione delle buone pratiche cliniche.

Il programma formativo, predisposto in collaborazione con i referenti dell'Unità gestione rischio e sicurezza dell'Azienda USL di Reggio Emilia, che hanno già maturato una buona esperienza nel campo della formazione alla gestione del rischio clinico, verte, pertanto, sui principali temi del risk management:

- dal concetto di errore individuale al concetto di errore di sistema,
- dagli strumenti per l'identificazione degli errori (incident reporting) agli strumenti per analizzare e valutare i rischi (approccio proattivo ed approccio reattivo),
- dalle strategie per affrontare il rischio analizzato (trattamento del rischio), alle metodiche necessarie per il suo monitoraggio.



Sono previsti tre differenti livelli di formazione:

- **livello 2** (2 giornate formative): rivolto ai Direttori di Dipartimento, RID e Referenti Dipartimentali delle reti aziendali (Accreditamento, Comunicazione, Formazione, Innovazione e Ricerca)
- **livello 1** (1 giornata formativa): rivolto ai Direttori di Struttura, Coordinatori Infermieristici e Tecnici, Referenti di struttura delle reti aziendali (Accreditamento, Comunicazione, Formazione, Innovazione e Ricerca)



- **livello base** (da definire al termine dei primi due livelli formativi): rivolto a tutti gli operatori del Dipartimento.

La scelta di insistere nel coinvolgimento, in una prima fase, soprattutto dei Direttori di Dipartimento, Responsabili Infermieristici dipartimentali e referenti di rete, trova motivazione nell'obiettivo di rafforzare l'integrabilità delle reti e meglio orientarle agli obiettivi complessivi del governo clinico, le cui strategie in tema di rischio clinico vengono delineate nel Collegio di Direzione aziendale. I referenti di rete, infatti, e, in particolare, i referenti del sistema qualità e accreditamento, forti anche delle competenze fino ad oggi acquisite, possono rappresentare un supporto concreto alla direzione dipartimentale per implementare programmi di gestione del rischio clinico, predisporre piani di miglioramento e individuare indicatori idonei a misurare i risultati ottenuti.

Al termine dei primi due livelli di formazione (livello 2 e livello 1), si procederà comunque con il programmare, per l'anno 2008, incontri di formazione sul tema "gestione del rischio" rivolti a tutti gli operatori delle singole Strutture (Dirigenti Sanitari e Personale Infermieristico, Tecnico e Ostetrico).

La sicurezza si costruisce, infatti, attraverso l'impegno di tutti gli attori interessati al processo di cura e assistenza del paziente e necessita, pertanto, di una consapevolezza diffusa sull'entità del fenomeno, sulle sue caratteristiche e sulle metodologie per affrontarlo.

Del resto, gli ultimi tragici episodi dell'Ospedale di Castellaneta e di Bologna dimostrano come nessuno e nessun modello di Servizio Sanitario Regionale può ritenersi immune dal commettere un errore e, pertanto, risulta di fondamentale importanza lavorare insieme per individuare i punti di maggiore criticità attraverso l'analisi proattiva dei processi, l'analisi degli eventi e, in particolare, dei *near miss* (ovvero errori intercettati prima del verificarsi dell'incidente), con l'obiettivo finale di mettere in atto tutti gli accorgimenti necessari a minimizzare il rischio clinico (barriere tecnologiche e procedurali).

Per questo motivo, la fase di training cultura/allineamento aziendale ai temi del rischio clinico proseguirà nei singoli Dipartimenti attraverso la pianificazione di progetti

di innovazione/ricerca, concreti ed attinenti temi di governo del rischio clinico, che, partendo da quanto già in essere e alla luce del percorso formativo descritto, consentano di migliorare o introdurre procedure di sicurezza clinica.

Sulla intranet aziendale è stata predisposta una specifica sezione sul tema gestione del rischio clinico, che sarà progressivamente arricchita di documentazione e materiale bibliografico nonché del materiale didattico utilizzato durante le giornate di formazione. È possibile, inoltre, consultare sia il programma che il calendario degli incontri formativi.



Francesco Vercilli

Responsabile Progetto

"Cultura della gestione del rischio clinico"

Gruppo di coordinamento del progetto

*(Roberto Caroli, Salvatore De Franco,
Elisa Mazzini, Marzia Prandi, Maria Ravelli,
Alessia Salsi, Lidia Scalabrini)*



COME LO SCREENING STA CAMBIANDO L'ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Romano Sassatelli ⁽¹⁾, Luisa Paterlini, il Centro Screening di Reggio Emilia ⁽²⁾, il Programma interaziendale Gastroenterologia-Endoscopia Digestiva ⁽³⁾.

Lo screening del cancro del colon-retto rappresenta una vera novità per le endoscopie digestive. Dopo molti anni nei quali i gastroenterologi-endoscopisti hanno sollecitato l'attivazione di un programma di prevenzione e diagnosi precoce di questi tumori, questo è successo e le realtà endoscopiche (e non solo) si sono trovate in qualche modo "impreparate". Nella realtà le endoscopie hanno finora risposto in modo egregio alla domanda quantitativa di colonscopia indotta dallo screening.

Ciò che parallelamente è successo è un profondo ripensamento del ruolo delle endoscopie nei confronti della patologia neoplastica del colon-retto e delle interfacce nei confronti degli altri attori (centro screening, laboratorio, anatomia patologica, chirurgia, ecc).

Nella nostra provincia, in coerenza da quanto disposto a livello regionale (ricependo un orientamento legislativo comunitario e nazionale) il programma di diagnosi precoce e prevenzione del carcinoma del colon-retto (screening) è stato attivato a partire dalla primavera 2005 (sensu stricto: 21 marzo). Le premesse organizzative derivanti dagli altri due programmi già attivi (mammella e cervice uterina) sono state utili alla definizione di questo nuovo programma, che presenta rilevanti peculiarità. I risultati del primo round sono stati oggettivamente positivi.

* lettura tenuta al II Congresso della Società Scientifica Giscor (Gruppo Italiano Screening Colon-retto) a Torino, 14-15 Novembre 2007;

¹ Responsabile Programma di Screening colon-retto

² Luisa Paterlini (Responsabile organizzativo screening AUSL), Centro Screening: Cinzia Campari, Antonella Cattani, Simona Messori, Daniela Valentini, Lucia Conidi, Susanna Sturloni, Mara Ferrari, Edi Borghi, Simonetta Ronzoni,

³ Giuliano Bedogni (Responsabile programma interaziendale Gastroenterologia-Endoscopia Digestiva), Debora Formisano (Responsabile gestione dati del programma interaziendale Gastroenterologia-Endoscopia Digestiva), Luigi Rizzo, Andrea Gigliobianco, Fabio Fabbian (Responsabile Endoscopie zona sud AUSL), Lorenzo Mariani, Lorenzo Camellini, Francesco Azzolini, Giorgio Bertoni, Elena Fontana, Rosanna Monticelli, Fabrizia Formentini, Eugenio Cudazzo, Benevelli Cristina, Roberto Sacchero, Settimia Fabrocini, Luigi Pastore, Malvasi Morena, Stefania Guatteri, Giancarlo Leoni, Fioroni Cecilia

- Nella provincia di Reggio Emilia lo screening è stato attivato a partire dal 21 Marzo 2005.
- Il primo round concluso in 25 mesi, totale di 120.322 persone (61.280 donne). Refertati 75.512 FOBT.
- Adesione totale corretta del 64.9% (61.9% negli uomini, 67.8% nelle donne).
- 4.592 sono risultati positivi (6.1%; 7.6% negli uomini e 4.8% nelle donne). Per 4.124 casi è stato completato l'approfondimento di 2° livello (anche terapeutico).
- In 3.104 casi (75,2%) è stata effettuata polipectomia o biopsia.
- Sono stati diagnosticati nel I round 242 carcinomi (di cui 75 polipi cancerizzati).

Sul piano culturale noi gastroenterologi abbiamo dovuto "fare i conti" con le evidenze disponibili, con la fattibilità del programma, con le esigenze di realizzarlo in modo adeguato. Il confronto con le evidenze ha comportato la comprensione della efficacia della colonscopia e del suo limite. In effetti la combinazione tra la non invasività del test per la ricerca del sangue occulto fecale e le adeguate accettabilità e qualità (aspetti tra loro inscindibili) della colonscopia hanno consentito di ottenere i risultati sopra riportati.

Il cosiddetto II livello (la colonscopia) rappresenta un "imbuto" di ogni programma di screening coloretale, come emerge anche dagli studi "pilota" britannici eseguiti preliminarmente all'attivazione del programma nazionale (e come ovviamente era da attendersi).



La linea giusta è prevenire.



Questo ha significato la necessità di una importante "rivisitazione" di ciò che le endoscopie sono, di quello che fanno, di come possano adeguatamente contribuire a questo programma di prevenzione. Gli attori in campo sono stati certamente i gastroenterologi endoscopisti (ma anche i chirurghi che ancora, in molte realtà, svolgono sistematicamente attività endoscopica) che hanno affrontato diverse questioni culturali ed organizzative così riassumibili:

- Le evidenze traslate
- Il significato del programma
- La garanzia di qualità
- La gestione delle interfacce

Le evidenze traslate

L'OMS, e tutte le norme o evidenze di massimo livello raccomandano di iniziare uno screening dei carcinomi del colon-retto a partire dai 50 anni di età. Non consigliano alcun approccio specifico. Per molto tempo abbiamo guardato (con molte attese, al momento deluse) alla possibilità di un approccio diretto con colonscopia e con diffidenza agli approcci che vedevano l'utilizzazione della sigmoidoscopia come test di I livello. Ma eravamo certo consapevoli di come le evidenze migliori (RCTs e conseguenti metanalisi) riguardassero la possibilità di ridurre in modo significativo la mortalità attraverso l'utilizzazione del test per la ricerca del sangue occulto fecale.

Dalla combinazione di questi fattori (e dall'accumularsi di ulteriori dati sull'accuratezza del nuovo test immunochimico) è scaturita nella comunità scientifica gastroenterologica una crescente accettazione di questo approccio. Le scelte operate dalle Regioni che progressivamente, in questi due anni, hanno implementato programmi di screening, sono state, infatti, in questa direzione, tanto che ad oggi circa l'83% dei programmi a livello nazionale prevedono il sangue occulto fecale come I livello e la colonscopia come II livello.

Il programma

La novità dello screening, forse ancora non pienamente compresa da alcune Società Scientifiche Gastroenterologiche, è stata quella di collocare l'Endoscopia Digestiva nel contesto di un programma. Tutte le caratteristiche prioritarie di uno screening non possono che essere adeguatamente governate, sul piano organizzativo, da un centro di coordinamento (Centro Screening) così come il programma non può prescindere dal coordinamento clinico-scientifico.

In questo ambito le endoscopie hanno dovuto trovare una propria collocazione di percorso (e di interfacce, come vedremo) che fosse coerente soprattutto con la garanzia di equità e di qualità complessive e specifiche della colonscopia. Gli operatori, poi, sono anche cresciuti nella loro professionalità, soprattutto sul piano relazionale. Infatti, rapportarsi con persone "asintomatiche", chiamate

(e non venute spontaneamente o su indicazione del proprio medico curante) ha portato alla necessità di acquisire nuove competenze (o arricchirne altre); quindi stati di notevole importanza i momenti formativi sviluppati appositamente negli anni scorsi.

La garanzia di qualità

E' da tempo che a Reggio Emilia si lavora sulla garanzia di qualità della colonscopia. Il percorso di audit clinico è iniziato nel 2002 e presenta peculiarità di notevole interesse: è strutturato sulle 6 endoscopie provinciali, è interprofessionale medici-infermieri, ha previsto una fase di run-in formativo ed ha avuto un'elevata adesione di tutti i professionisti coinvolti. Infine ha portato a risultati importanti quali l'omogenea utilizzazione della sedazione e la cessazione della consuetudine di eseguire indagini di laboratorio pre-colonscopia, dimostrato di nessuna utilità. (Tab. 1). Questo lavoro è stato estremamente utile per porre le basi al lavoro di organizzazione delle endoscopie di screening nel nostro territorio ed è stato valutato con attenzione anche nella stesura del tracciato regionale che prende in considerazione, tra l'altro, anche gli elementi di qualità della colonscopia da screening. L'audit ovviamente continua e la prossima tappa sarà quella di rivedere gli standard di alcuni indicatori per "alzare ulteriormente l'asticella" e porsi nuovi obiettivi. Lo screening, infine, ha sottolineato la necessità di mantenere ed incrementare le capacità operative della colonscopia.

Mai in precedenza avevamo affrontato pazienti così impegnativi: infatti la probabilità che una persona positiva al test di I livello sia portatrice di lesioni ad alto rischio è significativamente più elevata rispetto a coloro che giungono a colonscopia da percorso "clinico". Questo ha portato ad esami più impegnativi, con più frequenti rimozioni di polipi complessi per le dimensioni o per l'istologia (numerosi i polipi cancerizzati), esplicitando al massimo la possibilità (già nota, ma ora sempre più manifesta) di trattamenti operativi endoscopici (la mucosectomia, la dissezione sottomucosa) in grado di affrontare anche lesioni degenerate.

Tab. 1

	Periodo 2003	Periodo 2004	Periodo 2005	Periodo 2006
Raggiungimento del cieco (completezza grezza)	88%	93.7%	95.7%	94%
Utilizzo sedazione (petidina + midazolam)	51%	76.5%	91%	94%
Richiesta esami pre-colonscopia	41%	32%	0.7%	0.7%

Nota: Trattasi di periodi campione nell'arco degli anni. Il periodo 2003 riguarda la fase pre-audit clinico



Le interfacce

Sono state l'aspetto cruciale nell'organizzazione delle endoscopie all'interno dello screening: questo perché sono emersi "nuovi" problemi e contemporaneamente è stata sottolineata la necessità di affrontare quelli vecchi in un'ottica diversa.

La prima interfaccia, significativa, è stata quella con il *centro screening*. E' stato necessario per tutti gli endoscopisti capire (e condividere) come fosse organizzato il programma, quali fossero i criteri di esclusione, il ritmo di chiamata, le necessità in termini di tempi di attesa (e quindi di organizzazione di sedute aggiuntive). A queste necessità abbiamo risposto con momenti formativi dedicati che si sono mostrati di notevole utilità.

C'è poi stata l'interfaccia con il *laboratorio*, meno "apparente" ma consistente per quanto concerne il dialogo con la persona positiva al test: è stato necessario acquisire con chiarezza il valore del test, capirne i limiti in funzione del cut-off, ma soprattutto sapere condividere con chi deve eseguire la colonscopia da screening il valore predittivo del test in funzione di ciò che ci si può aspettare dalla colonscopia stessa.

Spesso le persone ci hanno espresso il timore che positività significasse tumore. Gli operatori del Centro Screening hanno dovuto fronteggiare per primi questa paura e lo hanno fatto con professionalità encomiabile, poi è toccato agli operatori infermieristici delle endoscopie che, con altrettante capacità, hanno saputo far comprendere l'utilità della colonscopia. Queste combinazioni favorevoli hanno fatto sì che oltre il 95% delle persone abbiano accettato la colonscopia a seguito di test positivo.

Le *endoscopie*, poi, hanno dovuto imparare a rapportarsi tra di loro. In questo, l'audit clinico ci ha aiutato moltissimo e la rete funzionale presente ha consentito di far sì che nessuno si sentisse escluso da questo nuovo programma. Nella nostra realtà provinciale tutte le endoscopie "cliniche" delle due Aziende fanno anche colonscopia da screening (non è così in molte altre provincie) ed esistono percorsi di concentrazione dell'operativa più complessa nell'Endoscopia dell'ASMN.

Con l'*Anatomia Patologica* il lavoro è stato intenso e proficuo. Alcune problematiche sono state "rivisitate" in modo da offrire una maggiore chiarezza interpretativa (ad esempio la questione del carcinoma "in situ" o displasia grave) mentre altre hanno avuto bisogno di essere valutate ex novo. Il polipo cancerizzato (oggetto di uno studio multicentrico nazionale GiScor) ha portato ad un lavoro comune di estremo valore clinico e scientifico. Abbiamo insieme ragionato su questioni già presenti con una luce nuova (l'inchiostatura, il tatuaggio, i margini delle lesioni) che è anche quella delle nuove tecnologie endoscopiche, veri e propri interventi chirurgici.

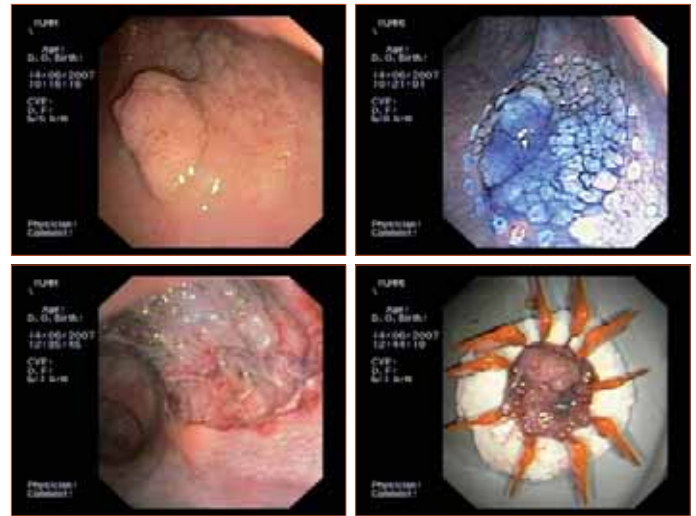


Immagine 1: Una ESD (Dissezione mucosa endoscopica) che consente di asportare grosse lesioni in modo unico e completo raggiungendo i piani profondi della parete

E' ovvio che a questo punto del percorso l'interfaccia diviene quella con il chirurgo e con l'oncologo. Le chirurgie (assieme all'oncologia ed alla radioterapia) sono state anch'esse coinvolte nelle problematiche evocate dallo screening. In questo caso i lavori sono ancora in corso: sappiamo che il nostro sistema (dati del Registri Tumori Reggiano) porta complessivamente a risultati di alto livello ma al tempo stesso siamo consapevoli della necessità di definire vari aspetti meritevoli di attenzione (tra cui la presa in carico del paziente, la necessità di decisioni collegiali, ecc.). Su questi ambiti stiamo lavorando con un gruppo aziendale dedicato al percorso diagnostico terapeutico del paziente affetto da cancro del colon-retto.

Infine, le endoscopie tornano a relazionarsi con il *Centro Screening* per quanto concerne il follow-up. E' un argomento di grossa rilevanza che nel contesto di screening stiamo gestendo con un'appropriatezza vicina al 95%. E' un risultato che dobbiamo "esportare" nel contesto clinico dove non supera il 40-50%, assorbendo risorse endoscopiche che potremmo più utilmente destinare ai primi esami con tempi di attesa migliori.

Infatti, anche il percorso clinico, extra screening, rappresenta un argomento importante, per la necessità di equità nei confronti di quello da screening. In attesa di "esportare" tutto ciò di positivo che lo screening sta producendo, e di cui speriamo di avere dato un'idea, possiamo solo ripetere l'appello affinché tutti coloro che si trovano nella fascia di età interessata (50-69 anni) partecipino attivamente a questo programma di prevenzione e diagnosi precoce.



IMAGING METABOLICO PET PER UNA MODERNA RADIOTERAPIA

Nei giorni 30 settembre-1 ottobre 2007 si è svolto presso il Centro Internazionale Loris Malaguzzi il 3° Meeting Internazionale "Imaging Metabolico PET per una moderna Radioterapia".

Il convegno, ormai giunto alla terza edizione, è stato organizzato dalle Unità operative di Medicina Nucleare, Radioterapia Oncologica, Fisica Sanitaria ed Oncologia dell'ASMN, sotto il patrocinio delle relative Società Scientifiche.



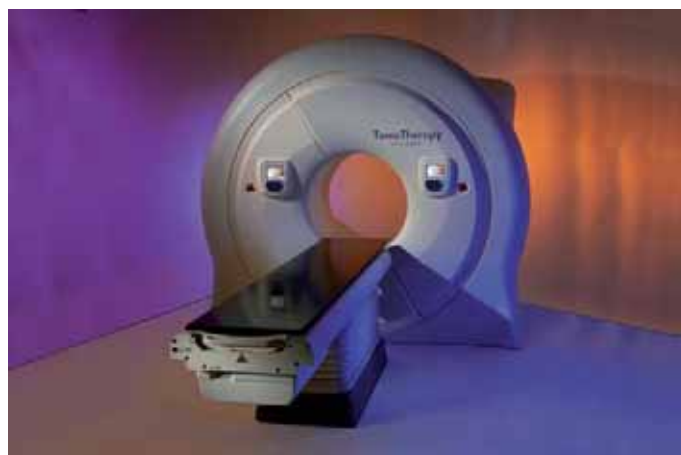
Scopo del convegno è stato quello di approfondire, grazie ad un contributo multidisciplinare, il valore clinico dell'integrazione dell'imaging metabolico, ed in particolare della PET, nella definizione del campo di irradiazione radioterapico. L'obiettivo è dunque quello di attuare la cura dei tumori attraverso una nuova "rivoluzione", ossia l'introduzione di una quarta dimensione – quella biologica – che permetta di giungere a trattamenti sempre più efficaci, sicuri e altamente personalizzati sull'individuo. L'interesse per il meeting è stato molto ampio anche in questa edizione che ha visto fra i numerosi partecipanti anche colleghi stranieri.

Tutto questo dimostra come il tentativo di integrare una tecnica di imaging funzionale, assai grossolana nella definizione di un bersaglio, ad una terapia che, con le macchine di oggi, sempre di più tende a definire con precisione millimetrica il campo di irradiazione, che solo qualche anno fa poteva sembrare un azzardo è oggi una realtà. Una realtà resa possibile anche dallo sviluppo di apparecchiature ibride PET/CT, in cui PET e CT sono assemblate in un apparecchio unico in grado di fornire in un solo studio informazioni metaboliche e morfologiche sul tessuto patologico.

Tali informazioni, fuse insieme, si rivelano estremamente utili nella definizione del bersaglio radioterapico con modificazioni del piano di trattamento in più del 30% dei casi. Un'apparecchiatura PET/CT è in funzione nel nostro Ospedale dal settembre 2006.

La partecipazione di relatori statunitensi, inglesi, tedeschi, belgi e italiani di grande esperienza ha permesso di avere un quadro completo dello "stato dell'arte" sull'argomento. Va comunque sottolineato il progressivo ampliamento del contributo di relatori dell'ASMN (Medicina Nucleare, Radioterapia Oncologica, Fisica Sanitaria, Oncologia Medica, Ematologia, Neurologia, Otorinolaringoiatria) che consolida il nostro Ospedale nella sua posizione di riferimento nazionale su questo tema. In questo percorso di continua qualificazione delle tecniche radioterapiche si inserisce l'espansione della Struttura Complessa di Radioterapia Oncologica sia per quanto riguarda la costruzione del nuovo "bunker" che per la prossima acquisizione di un'apparecchiatura per Tomoterapia, unità radiante con modulazione di tipo roto-elicoideale, in cui è integrato un dispositivo CT che permette di controllare direttamente la correttezza del trattamento.

Particolare spazio è stato dedicato alle problematiche relative ai bersagli tumorali in movimento (es. masse polmonari, epatiche, pancreatiche) in cui si richiede o una sincronizzazione (gating) delle radiazioni con l'atto respiratorio, o l'utilizzo di tecniche d'inseguimento (tracking) del tumore.





La recente disponibilità di un modello previsionale, personalizzabile sul caso clinico, in grado di prevedere e seguire la posizione spaziale di un dato volume (tumorale) durante l'atto respiratorio, apre nuove prospettive sia per l'imaging multimodale 4D (3 coordinate spaziali ed 1 temporale), che per le tecniche radioterapiche sincronizzate con la respirazione. Nel nostro Ospedale, il "gating respiratorio" viene già applicato nella diagnostica PET/CT e, a breve, anche nel trattamento radiante. L'ipossia tumorale e l'utilizzo di nuovi radiofarmaci PET sono stati ulteriori argomenti che hanno destato grande interesse.

Un aspetto che merita una menzione particolare è il fatto che anche in questa edizione i Tecnici Sanitari di Medicina Nucleare e Radioterapia dell'ASMN hanno avuto un ruolo molto importante con sessioni sia comuni con Medici e Fisici, che sessioni riservate dove hanno potuto approfondire meglio le problematiche tecnico-metodologiche con i propri colleghi provenienti da vari altri centri.

Il meeting ha avuto anche quest'anno un completamento pratico in Ospedale. Il giorno 2 ottobre il Dott. Barry Siegel (medico nucleare) e la Dott.ssa Marilyn Siegel (radiologo) della Washington University di St Louis (Missouri) hanno incontrato in Medicina Nucleare numerosi colleghi dell'ASMN per discutere casi clinici complessi, incontro molto interessante e stimolante per i medici ma soprattutto utile per i pazienti.

In conclusione, se in alcuni casi, come nelle neoplasie polmonari, l'uso di queste sinergie PET-CT-Radioterapia si è già affermato ed è incontestabile, in altri casi si sta provando con questi mezzi a percorrere strade diverse per trovare soluzioni terapeutiche nuove e possibilità curative migliori a problemi vecchi che ad oggi non hanno trovato risposte soddisfacenti, come nel caso delle neoplasie pancreatiche.



Macchine complesse, tecniche sempre più sofisticate, nuovi farmaci che indagano aspetti diversi della malattia neoplastica, tutto deve essere messo in gioco se si vuole arrivare ad un successo ancora lontano, ma alla nostra portata.

Non ultimo la collaborazione intensa e proficua che i professionisti delle varie discipline possono mettere in campo, superando conflittualità ed incomprensioni, in una crescita culturale e professionale tanto più rapida ed importante quanto più si cercherà di lavorare, nel rispetto delle proprie competenze, per un obiettivo comune.

Annibale Versari - *Medicina Nucleare*
Federica Fioroni - *Fisica Sanitaria*
Cinzia Iotti - *Radioterapia*



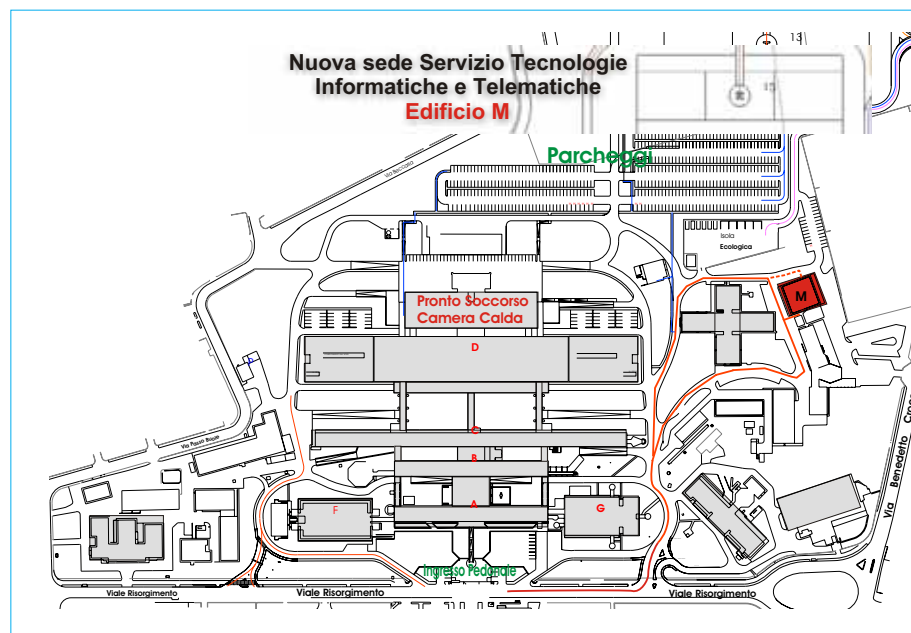


LA NUOVA SEDE DEL SERVIZIO TECNOLOGIE INFORMATICHE E TELEMATICHE (STIT)

Nei giorni 16-17-18 Ottobre si è svolto il trasloco del Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche nella nuova sede situata sul lato sud dell'area ospedaliera (*padiglione M corrispondente all'ex-Citologia*).

Sono stati traslocati in questa sede tutti gli uffici del Servizio finora dislocati presso gli edifici Fisica Sanitaria ed ex-Genetica. E' stata anche trasferita l'aula corsi principale, n°1 (*ingresso linea rossa tratteggiata*) in precedenza situata nel bunker dell'edificio di Radioterapia.

E' questo un grande progresso: per la prima volta dalla costituzione del Servizio, coincidente con la creazione dell'Azienda Ospedaliera, tutte le attività di sviluppo si ritrovano concentrate nello stesso edificio con evidenti vantaggi di comunicazione e coordinamento delle risorse coinvolte. Rimangono in sedi separate le attività di help desk ed assistenza che per motivi logistici è bene si trovino ad una minore distanza fisica dagli operatori sanitari e che operino il trasporto dei materiali attraverso percorsi coperti.



Modalità di accesso

L'ingresso principale alla nuova sede è situato sul lato ovest del padiglione (lo stesso ingresso dell'ex-Citologia). Per i dipendenti che debbono incontrare il personale del Servizio in orario 8-14 si entra mediante l'uso del badge mentre nel pomeriggio è necessario suonare il campanello e attendere.

Per i frequentatori dei corsi programmati presso l'aula corsi n°1 l'ingresso è situato sul lato opposto dell'ingresso principale (quindi verso il parcheggio dipendenti).

Il giorno 31/10/2007 sono stati graditi ospiti il Direttore Generale Dott. Trenti, i Direttori Sanitario ed Amministrativo Dr.sse Manghi e Boni ed il Direttore Operativo Dott. Mazzi dal quale il Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche dipende funzionalmente. Erano anche presenti il Direttore dell'Area Tecnica Ing. Pattuelli e l'Ing. Santini, del Servizio Attività Tecniche, che ha diretto i lavori di ristrutturazione. Nell'occasione c'è stata la possibilità di visitare e apprezzare in modo approfondito la nuova struttura così come, da parte di chi lavora nello STIT, ringraziare la Direzione ospedaliera. La nuova sede nasce da una ristrutturazione

conservativa dei vecchi laboratori e studi della Citologia e Anatomia Patologica. I lavori, diretti dal Servizio Attività Tecniche, hanno lasciato praticamente intatte le strutture murarie esistenti indirizzandosi alla demolizione dei rivestimenti preesistenti, al rinnovo degli intonaci, delle pavimentazioni e di parte degli infissi. Sono stati rifatti l'impermeabilizzazione del tetto ed i servizi igienici. L'impiantistica elettrica, speciale (rete dati, controllo accessi, anti-intrusione, antincendio) e termoidraulica è stata creata ex-novo consentendo così l'ottenimento di una struttura moderna e funzionale a costi contenuti.



Un po' di storia dell'informatica in azienda

Il Servizio Tecnologie Informatiche è nato nel 1996 grazie alla visione illuminata del Dott. Giovanni Borasi, attuale coordinatore dell'Area Tecnologico-Scientifica, che ha ritenuto indispensabile, per lo sviluppo dell'Azienda Ospedaliera, poter disporre di risorse espressamente dedicate all'informatica. Da allora fino all'attuale trasloco, il Servizio ha sempre avuto la sua sede nel seminterrato della Fisica Sanitaria. Ai colleghi di questo Servizio va la riconoscenza degli operatori dello STIT per l'ospitalità offerta in tutti questi anni condividendo spazi vitali.

Il decennio abbondante trascorso ha visto notevoli progressi e realizzazioni dell'informatica all'interno del Santa Maria Nuova. Si possono citare le principali realizzazioni infrastrutturali: il cantiere permanente della rete dati che somma ormai migliaia di punti di accesso suddivisi su quasi 60 nodi di distribuzione, gli oltre 1500 PC e apparecchiature biomedicali/tecnologiche on line, le due sale macchina che ospitano oltre 50 server per la gestione dei dati e dei programmi.

Tra questi ultimi è significativo ricordare i sistemi dipartimentali per i laboratori, le radiologie ed il trasfusionale, il sistema informativo ospedaliero (SMS tanto per capirci), i sistemi per il Pronto Soccorso e la Centrale Operativa 118, gli applicativi per le cartelle cliniche di specialità fino alle ultime realizzazioni sempre più vicine al personale sanitario ed in grado di supportarlo in attività critiche come la prescrizione e somministrazione dei farmaci o l'accesso ai precedenti clinici. Non si devono peraltro dimenticare i software dei settori amministrativi e le procedure territoriali come il CUP in parte condivise con l'Azienda Sanitaria Locale. Naturalmente le realizzazioni precedenti hanno richiesto notevoli attività di supporto, assistenza e formazione che hanno coinvolto quotidianamente le risorse a

disposizione del Servizio, dipendenti e collaboratori esterni, ai quali va il ringraziamento di chi scrive.

Ma non è finita qui

Siamo da poco entrati in una nuova fase di transizione e sviluppo delle tecnologie ICT che fa riferimento a due parole chiave: **mobilità** ed **integrazione applicativa**. Nei prossimi anni dovremo trasformare l'infrastruttura, che ora è principalmente basata su postazioni di lavoro fisse, in un sistema che colleghi apparati mobili in grado di assistere al meglio i professionisti sanitari nello svolgimento delle attività anche fuori degli studi e ambulatori. Si tratterà pertanto di sviluppare le tecnologie wireless (radio) per collegare PC portatili più o meno tradizionali, tablet PC e palmari.

Un'altra tendenza che si è affermata negli ultimi anni è la protezione degli investimenti fatti nel tempo nei diversi sistemi informativi, naturalmente quando questi dimostrino la capacità di seguire l'evoluzione tecnologica. Il sistema informativo aziendale deve pertanto evolvere aggiungendo funzioni trasversali ed integrando i sistemi esistenti. Il decennio abbondante di investimenti nei sistemi elencati in precedenza rende oggi disponibile un notevole patrimonio informativo ed una rete di servizi in grado di sviluppare processi di cura integrati. La sfida dei prossimi anni è pertanto quella di accedere a funzionalità diffuse (precedenti dei pazienti, richieste di prestazioni, banche dati cliniche) rimanendo nel proprio ambiente di lavoro senza che il professionista debba spostarsi tra diversi applicativi e programmi.

L'integrazione o cooperazione applicativa, di cui il Data Warehouse clinico aziendale è la prima espressione, è la tecnologia in grado di gestire il processo di cura garantendo l'univocità e condivisione dell'informazione e la sicurezza del processo di cura.

Formazione

Il Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche oltre alla formazione sugli applicativi descritti, propone annualmente un piano di formazione rivolto ai dipendenti dell'AO sui principali applicativi d'ufficio utilizzati in azienda, dalla gestione della posta elettronica al foglio elettronico, dall'editor di testo alle presentazioni. Sono svolti anche corsi di informatica di base e sulla Intranet. Sempre sulla Intranet, nella sezione relativa al STIT (Area Tecnologico Scientifica e Innovazione - Tecnologie Informatiche e Telematiche), è possibile scaricare e vedere la "Presentazione del Sistema Informativo Sanitario nel nostro Ospedale".

Sergio Bronzoni

Direttore Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche



IL CENTRO FORMAZIONE OSS:

LA FORMAZIONE DEL PERSONALE DI SUPPORTO

il Centro Formazione OSS

Il Centro Formazione Operatori Socio Sanitari (OSS) è trasversale fra l' ASMN e l'AUSL di Reggio Emilia, infatti il personale che vi opera con funzioni di tutor è composto da 5 Infermieri Coordinatori delle due Aziende; gli uffici e le aule sono collocati nell'Area Formazione al primo piano del Padiglione Spallanzani.

Dal 2001 il Centro Formazione OSS si occupa della formazione degli OSS in collaborazione con gli Enti di formazione provinciali ed alcune Scuole Superiori che hanno stipulato convenzioni con l'ASMN e l'AUSL di Reggio Emilia. Gli Enti accreditati sono: Fondazione Enaip, Cevip ed Irecoop di Reggio Emilia, CSL La Cremeria di Cavriago e CFP Bassa Reggiana di Guastalla. Le Scuole Superiori che si sono convenzionate per integrare il percorso quinquennale di Tecnico dei Servizi Sociali sono gli Istituti Don Zeffirino Jodi di Reggio Emilia, Motti di Castelnovo né Monti e Russel di Guastalla.

Chi è l'Operatore Socio Sanitario?

Con il Provvedimento della Conferenza Stato Regioni del 22 febbraio 2001 viene istituita la figura dell'Operatore Socio Sanitario che svolge attività indirizzata a soddisfare i bisogni primari della persona in contesti sociali e sanitari ed a favorire il benessere e l'autonomia dell'utente. L'OSS opera sia nel settore sociale che in quello sanitario, in servizi di tipo socio-assistenziale e socio-sanitario, residenziali o semiresidenziali, in ambiente ospedaliero e al domicilio dell'utente in collaborazione con gli altri operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e a quella sociale, secondo il criterio del lavoro multiprofessionale.

I criteri di ammissione per accedere al corso di prima formazione per OSS variano a seconda delle regioni, in Emilia Romagna è necessario aver compiuto i 17 anni, aver assolto l'obbligo scolastico ed essere disoccupati iscritti al Centro per l'Impiego in quanto i corsi a progetto sono gratuiti per i partecipanti e vengono finanziati dal Fondo Sociale Europeo.

Le tipologie di corsi OSS organizzate dal Centro Formazione OSS

L'ammissione ai corsi di prima formazione avviene formulando una graduatoria al termine di un test e di un colloquio attitudinale; la qualifica di OSS (4° livello) si consegue frequentando un corso di 1000 ore (550 di teoria e 450 di stage in ambito sociale e sanitario),



al termine del percorso è previsto un esame finale che consiste in una prova pratica (simulazione) e in una prova teorica (colloquio basato sulla risoluzione di un caso assistenziale con l'approccio del problem solving).

A Reggio Emilia l'OSS è presente negli strutture sociali e sanitarie a partire dal 2003 grazie ai corsi di prima formazione ed alle riqualificazioni sul lavoro. Quest'ultime sono il risultato dell'attuazione della DGR 1979/2002 che prevede un percorso di formazione per il personale di ruolo in possesso delle qualifiche di OTA, OSA e ADB che presta servizio presso le strutture pubbliche e private sia in ambito sociale che sanitario. È inoltre previsto un percorso di riqualificazione sul lavoro per il personale di ruolo privo di qualifica che opera nel settore sociale.

Le scuole superiori, nella fattispecie gli Istituti per Tecnico dei Servizi Sociali, programmano un percorso integrativo a partire dal 3° anno scolastico che prevede diversi moduli di teoria e di tirocinio in ambito ospedaliero; una volta conseguito il Diploma di maturità quinquennale gli studenti possono accedere all'esame di qualifica per OSS. Per il 2008 è in programma la riqualificazione di circa 350 operatori delle strutture sociali della Provincia di Reggio Emilia e l'organizzazione di ulteriori corsi di prima formazione, mentre si è già attivata la collaborazione con la scuola superiore Jodi per i percorsi integrati.

I Tutor del Centro Formazione OSS

I Tutor dei Corsi OSS svolgono attività di in collaborazione con gli Enti di formazione quali:

- programmazione e coordinamento dei corsi
- selezione nel corso di Prima Formazione
- tutoraggio ed attività d'aula



- organizzazione visite del Medico Competente e vaccinazioni
- organizzazione dei tirocini in ambito sociale sanitario
- svolgimento delle prove d'esame previste per conseguire la qualifica

Il coordinamento delle attività dei tutor dei Corsi OSS è affidato alla Dr.ssa Maria Grazia Macchioni che gestisce anche i rapporti con gli Enti di formazione, la Provincia di Reggio Emilia e la Regione Emilia Romagna nell'ambito dei progetti di formazione.

La Formazione Complementare in ambito sanitario

L'accordo della Conferenza Stato-Regioni Seduta del 16 gennaio 2003 dà origine alla figura dell'Operatore Socio Sanitario con Formazione Complementare in ambito sanitario (OSSc) e ne definisce la formazione. I corsi devono durare non meno di 300 ore (almeno la metà di tirocinio); al termine è previsto un esame finale teorico-pratico che, una volta superato, permette di conseguire uno specifico attestato.

La selezione viene effettuata con una prova scritta a risposte multiple su argomenti specifici del profilo, in particolare elementi di anatomia e fisiologia, di igiene e di assistenza alla persona; alla graduatoria finale concorre il punteggio ottenuto dallo stato di servizio e dal curriculum lavorativo. La Formazione Complementare non crea quindi una figura nuova nella sanità, ma è una specializzazione della formazione base dell'OSS che permette di ottenere attribuzioni aggiuntive consentendogli di collaborare con l'infermiere o l'ostetrica e di svolgere alcune attività assistenziali in base all'organizzazione dell'unità funzionale di appartenenza e conformemente alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica od ostetrica o sotto la sua supervisione. Per ora i moduli della Formazione Complementare vengono realizzati soltanto nelle regioni Veneto e Toscana (400 ore), l'Emilia Romagna è ormai pronta per recepire il Provvedimento ed attivare i corsi con modalità da definire, ma questo è un nostro progetto in divenire...!

evoluzione delle figure di supporto e provvedimenti legislativi

- Ausiliario (DPR 128/69)
- Ausiliario Socio Sanitario (CCNL 1979)
- Ausiliario Socio Sanitario e Ausiliario Socio Sanitario Specializzato (DM 1984 - DPR 348/83)
- Operatore Tecnico addetto all'Assistenza (DM 295/91 - DPR 384/90)
- Operatore Socio Sanitario (Provvedimento Stato Regioni 22/2/01 G.U. del 19/4/01 n. 91 - Legge 8 gennaio 2002, n. 1)
- Operatore Socio Sanitario con Formazione Complementare in assistenza sanitaria (Conferenza Stato-Regioni 16/1/03 G.U. del 3 marzo 2003 n. 51)

corsi organizzati dal Centro Formazione OSS negli anni 2001 - 2007

TIPO DI CORSO	DURATA DEL CORSO IN ORE	NUMERO DI CORSI IN TOTALE	PERSONE QUALIFICATE O RIQUALIFICATE
Riqualificazione ADB o OSA (con più di 5 anni di anzianità)	95	39	975
Riqualificazione operatori senza qualifica (con più di 5 anni di anzianità)	500	8	200
Prima formazione	1000	27	595
Scuole superiori		7	100
Riqualificazione OTA (con più di 5 anni di anzianità)	140	11	241
Riqualificazione OTA (con meno di 5 anni di anzianità)	180	2	28
totale		94	2139

Non importa la quantità di cose che si imparano, ma la loro qualità. (proverbio cinese)

**Maria Grazia Macchioni
Barbara Villa
Ilda Baccini
Gioia Parisi
Marta Ebe Reverberi**

Centro Formazione OSS



L'INFORMATIZZAZIONE COME MOMENTO DI INTEGRAZIONE INTERPROFESSIONALE

L'inserimento di questo operatore nella nostra Azienda è stato un obiettivo importante e perseguito in diverse aree. La figura dell'OSS in Lungodegenza, come sempre più anche in altre strutture, si affianca a quella dell'infermiere, esprimendo una operatività che approfondisce il proprio livello di intervento, non più solo come attività di tipo tecnico, ma anche di tipo relazionale.

Ha tutti i presupposti per essere una figura che aderisce al processo di assistenza, abbracciandone diversi aspetti e momenti. OSS e infermieri lavorano insieme e si formano attraverso percorsi integrati per raggiungere lo stesso obiettivo di salute per il paziente.

L'opportunità della informatizzazione, che ha coinvolto in primis il gruppo degli infermieri, impegnati da anni nell'utilizzo del programma di accettazione prima e successivamente con la richiesta informatizzata degli esami di laboratorio, ha reso possibile coinvolgere il personale di supporto in un progetto specifico per la richiesta di pasti e biancheria.



Da circa due mesi (settembre 07) la struttura di Lungodegenza ha iniziato il percorso per l'implementazione della scheda terapeutica informatizzata, che ha previsto una forte integrazione dell'OSS con la restante equipe infermieristica e medica.

Tutta l'equipe del personale di supporto ha partecipato alla formazione a fianco di medici e infermieri, offrendo un contributo importante e pertinente rispetto alle problematiche rilevate.

Attualmente la formazione è terminata e si sta sperimentando la nuova modalità introdotta.

Nell'inserimento dei parametri e nella gestione del magazzino para-farmaci, la scelta di delegare alla figura di supporto la gestione completa delle attività citate si è rivelata una scommessa vincente, la fiducia che caratterizza il rapporto all'interno dell'equipe alla base di questa scelta, è stata requisito fondamentale ed è stata ricambiata con successo.

La possibilità di utilizzare lo strumento informatizzato comune a tutta l'equipe ha sicuramente ottenuto un vantaggio notevole in termini di correttezza, di gestione del rischio di errori, dovuti alla ripetuta trascrizione degli stessi dati.

Uno dei risultati più evidenti di questo progetto è la motivazione che ha caratterizzato l'intera equipe nel portare avanti questa iniziativa e che sicuramente consente di poter aspirare a traguardi di elevata qualità assistenziale.

Vanda Lucenti

Coordinatore Infermieristico Lungodegenza

Monica Guberti

Direzione Infermieristica, Tecnica ed Ostetrica



LA MEDIAZIONE DEI CONFLITTI IN AMBITO SANITARIO: UN'ESPERIENZA INNOVATIVA

Anche la nostra Azienda, fin dalla prima metà dello scorso 2006, con il proprio Piano Programma per la Gestione del Rischio, è entrata nella progettualità che la regione ha sviluppato sul tema specifico della gestione stragiudiziale del contenzioso nelle organizzazioni sanitarie.

Tale progetto regionale si è articolato in tre filoni di argomento, uno dei quali, probabilmente, il più innovativo, consiste nella sperimentazione e nella messa a regime del metodo di mediazione dei conflitti.

L'assunto teorico fondamentale che colloca tale attività all'interno della gestione stragiudiziale del contenzioso -materia che a prima vista ben poco spazio parrebbe poter lasciare ad una attività come quella della mediazione- è che un'efficace gestione del contenzioso non può più prescindere dal prenderne in considerazione tutti gli aspetti, compresi quelli di non poco conto di pura definizione relazionale ovvero l'esplorazione dei significati profondi che le parti contendenti attribuiscono al conflitto insorto ed ai suoi motivi.

L'attività di mediazione nella nostra Azienda è già iniziata; in 18 mesi di esperienza ci sentiamo oggi di poterne illustrare le caratteristiche peculiari, i fini e gli strumenti, per favorirne la conoscenza, la condivisione ed allargarne la dimensione fattiva.

Occorre innanzitutto dire cosa non è la mediazione; essa non è un arbitrato, non è una conciliazione e non porta mai ad una transazione.

La mediazione è una delle possibili modalità con le quali i conflitti emergenti possono essere affrontati ed essenzialmente è un processo generativo che l'azienda attiva per ricercare una ricomposizione dei diversi e contrastanti interessi, per ristabilire tra le parti un canale di vera comunicazione, favorendo la spontanea ricerca di una intesa che possa rifondare e riorganizzare il rapporto che la contesa aveva messo in forte discussione.

In ambito sanitario l'attività di mediazione dei conflitti è soprattutto rivolta a ricreare una ridefinizione del rapporto tra l'Azienda ed il cittadino in modo che ne escano salvaguardata l'immagine complessiva della prima e riaffermata la fiducia del secondo nel sistema curante del proprio territorio.

Tale processo, quindi, può contribuire al mantenimento in ambito ragionevole del numero delle contese giudiziarie che spesso impegnano i contendenti in termini di risorse economiche, di risorse umane ed organizzative ben oltre ogni merito. La mediazione in ambito sanitario, dunque, è un processo generativo teso prioritariamente alla ristrutturazione del rapporto tra le parti in lite e ciò indifferentemente quanto indipendentemente da ogni correlato stadio di sviluppo della contesa.

L'idea di base dalla quale si è partiti è l'evidenza che un cittadino rimborsato o risarcito non necessariamente è un cittadino soddisfatto.

In tal senso la mediazione si pone come attività "a latere" di altre aventi carattere più tradizionale quali quelle rivendicative come il reclamo o la richiesta di risarcimento e se la mediazione con queste, interferisce, lo fa lavorando esclusivamente sulla qualità della relazione interpersonale con il mero scopo di svolgere una sua importante funzione preventiva: lo scontento persistente sembra favorire il consolidarsi di un contesto generale maggiormente favorevole al reiterarsi del conflitto stesso.

Anche la mediazione, quindi, è attività che si colloca tra quelle specifiche e proprie della funzione aziendale di promozione della sicurezza e di gestione del rischio; come tale la mediazione è attività connotata fortemente dalla trasversalità all'organizzazione sanitaria e si propone come una delle funzioni guida del/per il cambiamento organizzativo che nasce dalla volontà di conoscere i rischi disfunzionali, prevenirli, e per quanto possibile eliminarli dal proprio contesto generale.



La mediazione interviene in presenza di un conflitto tra un cittadino e la organizzazione sanitaria o un suo professionista ed il suo fine principale se non unico, è quello di migliorare le modalità del rapporto.

Mediazione è essenzialmente funzione di ascolto: ascolto delle parti confliggenti, accompagnamento delle parti verso la autonoma ricerca di una possibile soluzione del problema dal quale il conflitto è derivato. Il fine -lo ribadiamo- è quello di far raggiungere alle parti una vera riconciliazione su gli aspetti più legati alla personalità ed al suo reciproco riconoscimento.

Come tale la mediazione può, a pieno titolo, essere considerata attività propria di quella "rete di facilitazione" che anche secondo le linee guida regionali in materia di gestione del rischio dovrebbe, con le sue interne relazioni, sostenere un'architettura organizzativa pluridisciplinare, finalizzata a rendere operativo il piano-programma aziendale.

La crescente insoddisfazione nella relazione paziente/operatore sanitario/struttura sanitaria pare sempre più documentata; essa si esprime nell'aumento dei reclami e del contenzioso giudiziario vero e proprio. Le Compagnie Assicuratrici abbandonano il mercato a riprova che l'andamento della conflittualità è talmente tumultuoso da rendere la materia della "colpa sanitaria" un rischio non più determinabile e quindi non assumibile; in generale è riconosciuto che in buona parte ciò è attribuibile ad una aumentata consapevolezza nella popolazione la cui accresciuta istruzione ha determinato una maggiore propensione a voler conoscere e controllare il proprio processo di cura e una più attenta considerazione dei propri diritti e della possibilità di esprimerli con concreta immediatezza.

E' inoltre, altrettanto noto come le persone possono meglio accettare l'esito dei processi di cura, anche quelli il cui risultato non sia stato ottimale, se la relazione con chi ha gestito il percorso terapeutico è stata buona; quando, per qualsivoglia motivo, la relazione buona manca, qualsiasi risultato, anche quello esente da vizi, costituisce spunto di reclamo o di pretesa risarcitoria. La qualità della relazione interpersonale, quindi, risulta una componente rilevante nell'attività di gestione del rischio ed è proprio in quest'area che l'attività di mediazione del conflitto può e deve intervenire con la sua specificità tecnica per ricondurre a termini oggettivi la componente emotiva dell'evento che ha dato origine al conflitto.

Ciò può avvenire tramite la grande capacità di ascolto che la tecnica della mediazione offre a coloro che la agiscono ed alla struttura che la mette in atto; il non porsi questo obiettivo porta a far prevalere la conflittualità e, nel rapporto con i cittadini, la reciproca diffidenza.

La Mediazione è, quindi, un processo attraverso il quale due o più parti che si trovano a vivere una contesa si affidano ad una terza parte neutrale in quanto estranea alla contesa stessa (il mediatore aziendale) che ha il fine di tentare di ridurre gli effetti indesiderabili; le parti devono essere disponibili alla ricerca di una soluzione o devono essere poste nella condizione di desiderarlo.

La mediazione è processo volontario, informale ma strutturato; Il mediatore -professionista in possesso delle conoscenze tecniche necessarie ed appositamente formato- è la parte terza, neutrale rispetto ai confliggenti, che attraverso la capacità di mantenere estraneità rispetto ai contesti rappresentati, assenza di volontà giudicante ed il più rigoroso segreto professionale,



conduce i contendenti alla spontanea ricerca di un accordo che concluda la contesa o ne riduca la portata in termini coerenti con il contesto. L'iter della mediazione e le tecniche specifiche messe in campo dal mediatore portano alla riattivazione dei canali di comunicazione che si erano interrotti tendendo a ricostruire una relazione su basi nuove e diverse da quelle iniziali.

La tecnica, il segreto su ciò che nei colloqui è detto, il confronto diretto delle parti con modalità libera ma portatrice di alto valore umano, punti di vista e sentimenti, permette ciò che nelle forme tradizionali della lettera scritta non sempre riesce ad emergere nella sua completezza e dunque nella sua umanità. Ed è in tal senso che la mediazione si distingue dalle tradizionali modalità di gestione dei conflitti quali il processo giudiziale, la conciliazione o l'arbitrato. Queste sono procedure formali il cui fine è il raggiungimento di un accordo di genere distributivo o integrativo, la mediazione che tuttavia può essere applicata anche a contese che abbiano già intrapreso una delle forme dette sopra, ha l'obiettivo di ristabilire o stabilire tra le parti un canale di comunicazione - una relazione - che porti i contendenti al reciproco riconoscimento.

La capacità del mediatore non si fonda, quindi, sul potere di ricompensare o persuadere ma su altre specificità professionali di natura meramente relazionale. Nulla esclude che una mediazione che ha raggiunto i suoi scopi possa esitare in una rinascita del conflitto iniziale sotto altre forme; una delle parti potrebbe ben, in secondo tempo e/o su consiglio di altri, riprendere a rivendicare il ristoro di un evento vissuto come un torto; in tali casi è prevista la possibilità della traslazione della contesa alla fase conciliativa, finalizzata a dare alle decisioni raggiunte in sede di mediazione un carattere di concreto accordo formale.

La mediazione, dunque, si prefigge:

di ristabilire all'interno di un clima empatico di puro ascolto e attenzione agli specifici vissuti personali, la relazione tra le parti prima che le situazioni conflittuali degenerino in forme irreversibili;

- stimolare nei professionisti i comportamenti e le capacità relazionali che riducono il rischio della conflittualità con i pazienti e i loro familiari riconducendo il contenzioso giudiziario a quei soli casi che ne presentino le caratteristiche incontrovertibili.

Ma cosa fa effettivamente il mediatore?

Egli si pone come parte estranea al contesto nel quale si è sviluppato il conflitto, si astiene dal fornire alcun giudizio e tramite l'ascolto e la garanzia del segreto professionale induce gradatamente nelle parti la possibilità di far emergere i singoli reali bisogni, superando la logica stretta

della "causa-effetto" per arrivare a vedere la situazione nel suo insieme ed in una prospettiva più ampia.

Il Mediatore è un "curatore" degli aspetti emozionali e relazionali che aiuta le parti a generare da se stesse la capacità di riconsiderare i termini oggettivi del conflitto riconoscendo e comprendendo le motivazioni proprie e dell'altro. Al mediatore è chiesto di possedere ed esprimere capacità di "realismo e distacco" ovvero la capacità di valutare le situazioni per quello che sono e non come si vorrebbe che fossero; capacità di possedere una visione di se stesso e degli altri tanto "positiva" quanto "umile" (il fallimento di una mediazione non è il fallimento del mediatore/ogni problema può trovare una soluzione vantaggiosa per tutti senza dover necessariamente perdere la faccia); al mediatore è chiesto di possedere la capacità di avere la visione globale della situazione che si sta affrontando, adattandosi anche ad ogni imprevisto mutamento di clima interno al processo.

Il mediatore si deve saper proporre come il garante di neutralità ed imparzialità con il solo obiettivo di supportare le parti a raggiungere una forma di accordo reciprocamente soddisfacente.

I mediatori aziendali pur nella oggettiva difficoltà di applicare tecniche e processi veramente nuovi e diversi da quelli consolidati, continueranno il loro lavoro, peraltro ancora in fase sperimentale; auspichiamo che con la gradualità necessaria si possa diffondere in Ospedale ed a tutti i livelli, la conoscenza di tale metodica, dei vantaggi e delle possibilità che essa offre ai professionisti, alle équipes, ai cittadini per esprimere le proprie necessità con modalità nuove, certamente più elaborate, paritarie e moderne.

Marina Ferrari

*Direttore Servizio Affari Istituzionali,
Legali e Comunicazione*



ANALISI STRUMENTALI PER LA VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE E DELLA COMPOSIZIONE CORPOREA

Lo Stato Nutrizionale è classicamente definito come "la risultante dell'equilibrio tra l'apporto bilanciato ed adeguato di nutrienti ed il fabbisogno dell'organismo".

Uno stato nutrizionale ottimale è accompagnato ad uno stato di buona salute e ad un'adeguata crescita corporea; inoltre, condiziona la resistenza alle infezioni, l'insorgenza di malattie degenerative, il buon funzionamento di tutti gli organi e apparati. Una sua scrupolosa valutazione dovrebbe rappresentare il punto di partenza per poter impostare e ottenere una migliore riuscita del programma terapeutico.

Gli scopi della valutazione dello stato nutrizionale sono essenzialmente:

- identificare i pazienti malnutriti per difetto e per eccesso (*nutrition diagnosis*);
- identificare i pazienti a rischio di complicanze, a seguito di un deficit nutrizionale e/o metabolico (*nutrition prognosis*);
- valutare l'efficacia della terapia nutrizionale.

L'inquadramento nutrizionale del paziente, non può fondarsi su un singolo indice nutrizionale, ma deve impiegare una serie di misurazioni antropometriche, di determinazioni laboratoristiche (biomorali e chimico-cliniche), di test immunitari, calcolo di indici prognostici nutrizionali o di altre prove strumentali più complesse.

Il peso corporeo rappresenta un parametro "composito", in quanto risulta costituito dalla somma del peso di tutti i compartimenti corporei. Nonostante esso sia un dato molto importante, non ci consente di distinguere la percentuale di tessuto magro (muscoli ed organi) da quella del tessuto grasso. Lo studio delle varie parti del corpo umano assume allora una notevole rilevanza, sia fisiologica che medica, dato che ci permette di valutare variazioni fisiopatologiche, lo stato nutrizionale, determinare le reali necessità nutrizionali individuali e seguire nel tempo l'efficacia della terapia nutrizionale e/o dell'allenamento fisico.

Per indagare la composizione corporea si possono utilizzare modelli *bicompartimentali* (considerano il peso corporeo come la risultante della somma della massa grassa e della massa magra), *multicompartimentali* (considerano la massa magra come la risultante della somma di acqua, proteine, minerali e glicogeno) o *pentacompartimentali* (considerano il peso corporeo derivante dalla somma di 5 specie molecolari: acqua, proteine, lipidi, carboidrati e minerali).

Nel biennio 2006-2007, il Servizio Gestione Logistico Alberghiero (*Direttore: Dr.ssa Annamaria Ferretti*), grazie al Progetto del Dr. Salvatore Vaccaro inerente la "**Riorganizzazione del Servizio Dietetico Ospedaliero**", ha acquistato e messo a disposizione per il Team Nutrizionale dell'ASMN (*Responsabile: Dr. William Giglioli*) delle strumentazioni di analisi dello Stato Nutrizionale e della Composizione Corporea.

Tali analisi verranno eseguite presso la sede ambulatoriale del Servizio Dietetico Ospedaliero (*Referente Dr. Salvatore Vaccaro – Tel.: 5347 – Corpo A – Piano 1° – Stanza n. 1.172 – Corridoio ex Radiologia*).

La strumentazione di cui dispone l'ASMN per la valutazione dello Stato Nutrizionale e della Composizione Corporea consistono in:

1) Bilancia pesa persone per utenti disabili:

prodotto per uso medico calibrato in conformità alla classe di precisione III. Progettata con struttura in alluminio verniciato, con un display in ABS. Funzioni: *peso*, *blocco peso*, *BMI* e *tara*. Permette di ottenere 3 soluzioni:

- **Pesapersona a sedia** (*per persone che non riescono a reggersi in piedi da sole*);
- **Pedana pesa carrozzine** (*per disabili*);
- **Pesapersona obesa** (*portata fino a 300 kg*).



I Professionisti Sanitari interessati possono richiedere la pesatura dei loro assistiti al Servizio Dietetico Ospedaliero; poiché la Bilancia non è trasportabile bisogna concordare il giorno e l'orario per la rilevazione del parametro ponderale.



2) Kit Antropometrico: strumentazione diagnostica con maggiore soluzione applicativa per l'analisi delle componenti corporee nella pratica ambulatoriale (impiego elettivo nelle seguenti specialità: dietologia, pediatria, geriatria, ginecologia, nefrologia, gastroenterologia, diabetologia, cardiologia, ortopedia, medicina dello sport, medicina estetica). Il Kit Antropometrico consta dei seguenti accessori:

- **Metri Antropometrici** (per la misurazione delle circonferenze corporee, le quali esprimono le dimensioni trasversali dei vari segmenti corporei e rappresentano indicatori di crescita, di stato nutrizionale, di ripartizione del tessuto adiposo e muscolare);
- **Antropometro Telescopico** (per il rilievo della statura, dell'altezza da seduto);
- **Plicometro Holtain Tanner-Whitehouse** (calibro a molla con apertura max di 4,5 cm che esercita una pressione costante di 10 gr/mm² indispensabile per la misurazione dello spessore del tessuto adiposo sottocutaneo tramite il rilievo delle pliche cutanee);
- **Jamar Hydraulic Hand Dynamometer** (dinamometro pneumatico per eseguire prove di funzionalità muscolare [Forza della stretta di mano o "hand grip strenght"]. Esiste una correlazione tra bassi valori di forza ed insorgenza di complicanze postoperatorie. Utile indice prognostico di rischio postoperatorio e di deplezione/replezione nutrizionale precoce);
- **Calibri per Ampiezze, Diametri e Segmenti Corporei** (ampiezze e lunghezze sono indicatori antropometrici utilizzati per la determinazione della struttura scheletrica, della crescita e dello sviluppo muscolo-scheletrico);

- **Pedana** (per mantenere una postura ottimale durante le misure);
- **Bilancia Pesapersona Portatile;**
- **Pennarelli Dermatologici** (per segnare i punti da reperire per le misurazioni);
- **Software di archiviazione, elaborazione e refertazione.** In ordine ad una precisa sequenza metodologica tracciata dal software si prevede la valutazione:
- **Statur-Ponderale** (peso, altezza, lunghezza, etc.);
- **del Biotipo** (importante per la valutazione del rischio di patologia. Biotipo costituzionale: androide, ginoide ed intermedio);
- **Somatometrica** (fornisce informazioni sulla simmetria corporea e consente la classificazione morfologica utile per la scelta della pratica sportiva o essere finalizzata al raggiungimento di un adeguato livello di armonizzazione tra le componenti corporee. Tra i vari indici, l'analisi comporta la stima di Endomorfismo [indicatore di una relativa adiposità], Mesomorfismo [indicatore di una relativa muscolarità], Ectomorfismo [indicatore di una relativa linearità]);
- **Artometrica** (valutazione delle aree muscolari ed adipose degli arti, utili indicatori nutrizionali e per la formulazione della terapia dietetica e dell'attività fisica);
- **Bicompartimentale** (si ottengono le quantità di massa magra e massa grassa);
- **Metabolismo Basale** (derivato dalla massa magra e quindi più rispondente alla realtà);
- **Percentili di Appartenenza** (secondo Hamill, Tanner, WHO, BMI [NCHS]);
- **Indici di Armonizzazione** (offrono una variante nell'ottica interpretativa delle patologie associate alla distrettualità adiposa. Utili nella fase di monitoraggio della distrettualità corporea come marker dell'efficacia del trattamento. Suggestiscono l'opzione terapeutica migliore: dietetica o estetica-correttiva, con strumenti drenanti, tonificanti, rassodanti);
- **Obiettivi Ponderali** (ipotizza l'obiettivo ponderale da raggiungere gradatamente).

Target clinico:

- **Fascia di età:** dai 2 ai 99 anni;
- **Per patologia:** varie patologie acute o croniche, impiego elettivo in: dietologia, pediatria, geriatria, ginecologia, nefrologia, gastroenterologia, diabetologia, cardiologia, ortopedia, medicina dello sport, medicina estetica;
- **Per fisiologia speciale:** età evolutiva, adolescenti, adulti, anziani, sportivi ed atleti.



3) Bioimpedenziometro Human-IM PLUS II della DS Medica: l'Impedenziometro Human IM PLUS misura i parametri elettrici di impedenza ed angolo di fase mediante l'applicazione di una corrente sinusoidale ad un carico e la misura della corrispondente caduta di tensione. La versione di cui disponiamo ci permette di valutare la composizione corporea in modalità **BIA Classica** (tetrapolare) e/o **BIA Segmentale** (esapolare).

L'impiego ambulatoriale e di ricerca della versione **BIA Segmentale** - denominata anche **Pletismografia a Multifrequenza (MFSBIA)** - permette la valutazione e lo studio della composizione corporea in Total Body e Segmentale, cioè del tronco e degli arti (superiori ed inferiori), in possibile alternativa alla DEXA ed alla TAC (metodiche certamente più costose ed invasive).

In ordine ad una precisa sequenza metodologica si prevede:

- Valutazione dello **Stato di idratazione** (acqua corporea totale e ripartizione acqua intra ed extra cellulare);
- Valutazione **Bicompartimentale e del Metabolismo** (massa magra e massa grassa. Metabolismo su massa magra e non su peso corporeo);
- Valutazione del **Peso Desiderabile** (ipotizza l'obiettivo ponderale da raggiungere gradatamente);
- Valutazione delle **Componenti Metaboliche** (massa metabolicamente attiva, massa inerte);
- Valutazione dello **Stato Elettrolitico** (sodio e potassio scambiabile);
- Valutazione delle componenti minerali;
- Valutazione dell'idratazione degli arti e del tronco;
- Valutazione dell'adiposità degli arti e del tronco;
- Valutazione della muscolarità degli arti e del tronco.

La **Pletismografia Segmentare** aggiunge nuovi valori all'analisi total body sino a stimare, in un'ottica multicompartmentale, il contenuto di potassio, di azoto e di tessuto osseo. In particolare la versione plus segmentale fornisce tre ordini di valutazione:

Muscolarità - Vengono proposti i valori di muscolarità nelle braccia, nelle gambe e nel tronco. E' la prima applicazione BIA che prevede l'analisi delle quantità

muscolo-scheletrica negli arti (appendicular skeletal muscle mass) al pari della DEXA e della TAC.

Adiposità - I valori di adiposità segmentale fanno riferimento al tessuto adiposo sottocutaneo degli arti superiori ed inferiori e al tessuto adiposo sottocutaneo, viscerale ed interstiziale del tronco.

Idratazione - La valutazione dello stato di idratazione dei segmenti corporei risulta di grande interesse clinico come marker di evoluzione patologica nei soggetti mastectomizzati, postchirurgici in genere, nefropatici, malati terminali, pazienti oncologici, nella stasi venosa profonda ed in numerose altre patologie.

Componenti Minerali - L'analisi verte sui due elementi maggiormente correlati con la massa magra, quali l'azoto e il potassio totali.

Target clinico della Pletismografia a Multifrequenza:

- **Fascia di età:** dai 2 ai 94 anni;
- **Grado di BMI:** da 14 a 40 kg/m²;
- **Per patologia:** endocrino metabolica, cardiovascolare, nefrologica, angiologica, flebologica, oncologica, gastroenterologica, traumatologica, chirurgica, medico estetica e correttiva, etc.;
- **Per fisiologia speciale:** adolescenza, sport, senescenza.



**Salvatore Vaccaro
William Giglioli**

Team Nutrizionale
Azienda Ospedaliera
Arcispedale Santa Maria Nuova



COMUNICAZIONE MEDIANTE L'UTILIZZO DI UNA RETE INTRANET DA PARTE DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE (SPP)

Introduzione

Le direttive comunitarie e la legislazione nazionale contengono sia riferimenti diretti (obblighi di informazione e formazione del personale dipendente in materia di sicurezza) che indiretti (sistema della consultazione preventiva dei lavoratori, pianificazione delle procedure di gestione delle emergenze, coordinamento e formazione degli operatori addetti, ecc.) al tema della "comunicazione efficiente ed efficace" della sicurezza, con la consapevolezza ormai condivisa che l'approccio corretto alla prevenzione non possa prescindere dal coinvolgimento delle persone e dalla loro capacità e disponibilità a comunicare.

L'entrata in vigore del D.Lgs 626/94 ha poi decretato la nascita dei Servizi di Prevenzione e Protezione il cui scopo sostanziale è riassumibile nel compito di garantire adeguati livelli di sicurezza per i lavoratori negli ambienti di lavoro e di promuovere e sviluppare la cultura della sicurezza nei comportamenti e nelle attenzioni come dovere primario di tutti i lavoratori.

Tenuto conto che parte della normativa citata in apertura fa riferimento anche a sistemi di comunicazione interna via informatica e che in questa azienda è presente una rete aziendale intranet, denominata "Arianna line" nata e funzionante sin dall'anno 2001 è stata progettata la realizzazione di uno studio osservazionale sullo stato attuale di utilizzo di questa rete al fine di valutarne anche il possibile impiego quale strumento privilegiato di dialogo con i lavoratori nel campo specifico della sicurezza.

L'acquisizione dei dati ritenuti necessari ad una corretta valutazione dello stato di utilizzo della rete intranet ha utilizzato due diverse modalità; tramite sondaggio ed attraverso i dati di accesso alle pagine della rete.

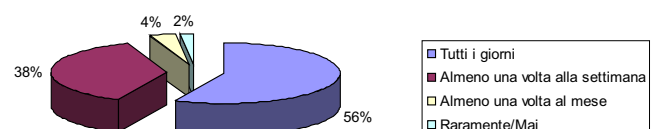
In entrambi i casi lo studio ha affrontato, oltre alle valutazioni strettamente pertinenti il Servizio di Prevenzione e Protezione, anche una valutazione generale del sistema intranet con lo scopo di fornire una migliore e più esaustiva chiave di lettura dei dati ottenuti.

A tal fine nel mese di maggio è stato effettuato un sondaggio on-line composto da nove domande di cui sette chiuse (obbligatorie) e due aperte (facoltative) rivolto a tutti gli utenti interni all'azienda (circa 2700 persone) mentre l'analisi degli accessi ha riguardato il periodo Febbraio 2006-Agosto 2007.

Risultati

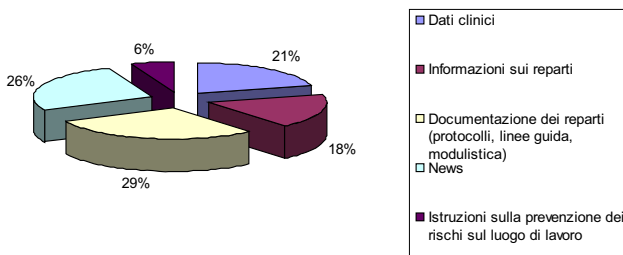
Sono di seguito riportati in forma grafica i risultati provenienti dall'analisi delle sette domande chiuse.

1) Con quale frequenza utilizza la rete intranet?

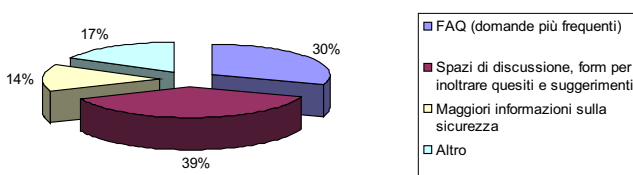




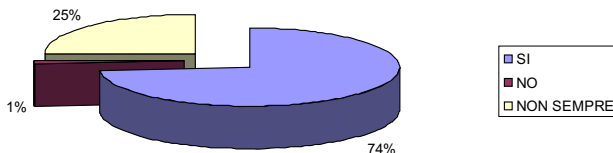
2) Quali informazioni cerca?



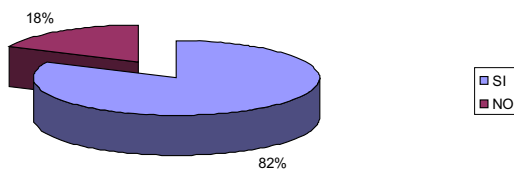
3) Ritiene utile avere in intranet



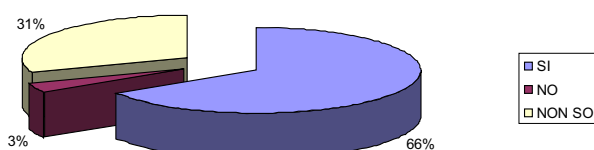
4) Il portale intranet è uno strumento facile da consultare?



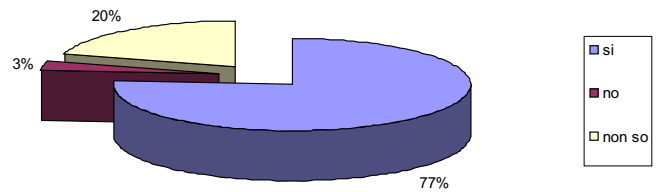
6) Trova facilmente le informazioni utili nello spazio del Servizio Prevenzione e Protezione?



7) Ritiene chiare ed esaurienti le informazioni sulla sicurezza?



9) Ritiene efficace l'utilizzo della intranet per la comunicazione sulla sicurezza?



Per quanto riguarda le due domande aperte i risultati ottenuti sono di seguito riportati.

Alla **domanda 5)** Ha suggerimenti per migliorare il portale intranet? hanno risposto 39 persone pari al 9% del campione. I suggerimenti riguardano:

- un accesso più intuitivo alle varie strutture consentendo la scelta tra accedere per dipartimento, per singola struttura oppure per argomento;
- un maggiore aggiornamento delle informazioni da parte delle strutture;
- opzioni di ricerca più efficaci;
- una maggiore informazione relativa alle modalità di utilizzo.

Alla **domanda 8)** Quali rischi specifici del suo lavoro vorrebbe approfondire? hanno risposto 75 persone pari al 17% del campione. I rischi per i quali è richiesto un ulteriore approfondimento rispetto alle informazioni attualmente presenti riguardano i seguenti aspetti:

- rischio chimico, biologico, radiazioni ionizzanti e non, manipolazione antiblastici;
- movimentazione dei carichi;
- infezioni ospedaliere;
- rischi legati all'utilizzo dei personal computer;
- gestione delle emergenze;
- aspetti legali.

Risultati analisi dati relativi agli accessi

Nella tabella seguente è riportato il numero di accessi ai diversi argomenti trattati nello spazio del SPP nel periodo di osservazione e la variazione percentuale tra il numero di accessi stimato nell'intero anno per il 2007 ed il 2006. La tabella è ordinata per la colonna Variazione % 2007 vs 2006.



Tabella 1 - Accessi intranet pagine SPP 2007 vs 2006

Argomento	Accessi 2006 stimati	Accessi 2007 stimati	Variazione % 2007 vs 2006
Piano di Emergenza	240	654	173%
Rischio Chimico	73	171	134%
Dispositivi di protezione individuale	297	621	109%
Normativa	86	170	97%
Appaltatori Esterni	46	83	80%
Organizzazione Aziendale	185	308	66%
Formazione e Informazione	298	470	58%
Gas medicali	91	134	47%
Rischio Biologico	267	386	44%
Segnaletica Sicurezza	52	74	40%
Vari	7232	9402	30%
Movimentazione pazienti e carichi	257	276	7%
RLS	43	41	-5%
Rischio Elettrico	137	128	-7%
Luoghi di Lavoro	145	104	-29%
Videoterminali	221	129	-42%
Sorveglianza Sanitaria	209	87	-58%
Infortuni	323	113	-65%
Schede di Sicurezza	13	0	-100%
Sicurezza elettrica	2	0	-100%
Valorizzare e tutelare le risorse umane	2	0	-100%
Riservata		153	
TOTALE	10221	13499	32%

Nota: sotto la voce Vari sono raggruppati gli accessi relativi ad argomenti anche di attualità all'interno dell'azienda quali aree di sosta, limitazione del traffico, stop al fumo, ecc.

CONCLUSIONI

L'analisi complessiva dei risultati ottenuti permette di asserire, con ragionevole certezza, che intranet rappresenta realmente uno strumento efficace, flessibile e democratico ai fini di una corretta, completa e tempestiva comunicazione dello stato di rischio presente in azienda, delle precauzioni comportamentali da osservare e di dialogo con tutti i lavoratori presenti in azienda. L'ottenimento di questi risultati richiede, tuttavia, un impegno costante non solo per quanto attiene gli aspetti squisitamente tecnici (individuazione e valutazione dei rischi, aggiornamento delle procedure, ecc...) ma anche per quanto riguarda il monitoraggio degli accessi (al fine di misurare di quanto è messo a disposizione raggiunge effettivamente gli utenti) con lo scopo di promuovere ed incentivare l'utilizzo di questo strumento da parte di tutti i destinatari.

Vando Picagli

Servizio di Fisica Sanitaria

Lidia Scalabrini

Servizio Affari Istituzionali, Legali e Comunicazione

Giovanni Guatelli

Servizio di Prevenzione e Protezione





ANCHE NEL 2008 L'AZIENDA OSPEDALIERA CONTINUA LA FORMAZIONE SUI PRINCIPI E LE TEMATICHE DEL CODICE DELLA PRIVACY

L'attività di formazione sulla privacy o meglio sulle modalità e sulle cautele che sono da osservare nel trattamento dei dati e delle informazioni delle persone fisiche e giuridiche con i quali ognuno di noi, lavorando, viene a contatto, si caratterizza oltretutto un atto dovuto per la miglior comprensione di un testo di legge francamente complesso, anche come misura di sicurezza aziendale e come tale attività formativa obbligatoria.

La formazione su questo importante tema è iniziata nel corso dell'anno 2004 concretizzandosi in una serie di incontri presso i dipartimenti clinici finalizzati ad introdurre la conoscenza delle modalità pratiche di raccolta del consenso organizzate alla luce delle semplificazioni operative introdotte dal Codice del 2003 in ambito sanitario. In tali incontri, la cui finalità era meramente tecnica e tesa a far partire la sperimentazione della raccolta informatizzata dei consensi dei pazienti, naturalmente, dato l'impianto giuridico del Codice Privacy, inevitabilmente ci si ritrovava a ragionare, per giusto risalto sistemico, degli altri fondamentali principi che il Codice riprendendo la declinazione della Legge 675 del 1996 nuovamente affermava:

l'informativa, i diritti dell'interessato, la trasparenza nel trattare i dati dei terzi, la qualificazione dei diritti e le relazioni tra questi ed i singoli interessi, le tutele necessarie ed obbligatorie, ecc.

All'inizio dell'anno 2005, messo a regime il sistema nelle sue linee fondamentali, si è passati ad organizzare l'attività formativa vera e propria pensandola con un carattere di metodicità tale da garantire non solo il mero adempimento formale ma anche un più ambizioso obiettivo ovvero il consolidare in azienda, tra i suoi



professionisti, una cultura sostanzialmente orientata al rispetto dei dati delle persone in quanto veicoli di informazioni molto spesso significativamente legate alla sfera più intima della loro vita e della loro libertà di scelta e dunque della loro dignità ed umanità. Questi, infatti, sono i beni che la Privacy protegge.

Nel corso del 2005 ci si è concentrati sulla formazione dei livelli di responsabilità maggiori e l'attività formativa è stata affidata a docente esterno, cattedratico dell'Università di Bologna che in modalità frontale in sei lezioni ha formato 204 operatori. Nel 2006 la formazione è continuata con una modalità diversa poiché dovendo, in linea generale, raggiungere la totalità di dipendenti ed assimilati si è pensato per favorire la partecipazione di organizzare una sorta di "presidio formativo permanente"; sono stati predefiniti per l'intero anno, data, luogo, orari e programma e tali elementi sono stati capillarmente diffusi in azienda. Si è volutamente lasciato a ciascun settore d'attività la possibilità di gestire la propria partecipazione scegliendo anche con largo anticipo, l'edizione formativa alla quale potersi iscrivere e partecipare. Nel corso del 2006 si sono registrate aule miste -quanto a qualifica professionale-



numerose, attente, vivaci, propositive. Sono stati formati 643 operatori. L'elaborazione dei risultati di gradimento hanno fatto emergere risultati estremamente confortanti se posti in relazione alla materia che per sua natura e fama può non apparire di grande richiamo per chi opera in sanità.

Tutte queste evidenze ci hanno indotto a perseverare nella stessa formulazione anche nel corrente anno 2007 che ad oggi ed in una cadenza temporale più blanda, ci fa registrare la frequenza d'aula da parte di 290 professionisti portando la cifra complessiva delle persone toccate da attività formativa ad un totale di 1.137 tra responsabili ed incaricati di trattamento a fronte di un impegno orario complessivo di 117 ore di lezione.

Con il 2008 avrà inizio il quarto anno di formazione permanente. Il presidio svolgerà lezioni frontali sui temi ormai storici ma toccherà anche questioni emergenti quali quelle che l'Autorità Garante ha fatto oggetto di proprie recenti deliberazioni o di pronuncia giurisprudenziale di rilievo.

Le lezioni 2008 che maturano quattro crediti ciascuna, si svolgeranno presso la Sala Riunioni del Padiglione Spallanzani (al piano 2^a) nei seguenti giorni:

- **18 gennaio** dalle 14,30 alle 17,30
- **21 febbraio** dalle 14,30 alle 17,30
- **20 marzo** dalle 10,00 alle 13,00
- **17 aprile** dalle 14,30 alle 17,30
- **22 maggio** dalle 14,30 alle 17,30
- **12 giugno** dalle 14,30 alle 17,30
- **18 settembre** dalle 14,30 alle 17,30
- **23 ottobre** dalle 14,30 alle 17,30
- **20 novembre** dalle 14,30 alle 17,30
- **18 dicembre** dalle 14,30 alle 17,30



Tutti coloro che Responsabili di Unità Operativa o Servizio o Settore ricevano collaboratori nuovi, neo assunti o che abbiano ancora nel proprio organico professionisti che ancora non hanno fruito di tale formazione, sono invitati a stimolare le iscrizioni e la frequenza dei corsi facendosi carico di porre tale partecipazione come obiettivo di servizio poiché solo la più diffusa condivisione dei doveri di privacy e soprattutto dei principi che sostengono tali doveri, può nel tempo contribuire a dare significato agli adempimenti formali ed a rifondare una nuova e diversa prospettiva anche culturale, sul tema del rispetto "dell'altro" e di tutto ciò che lo riguarda.

Marina Ferrari

Coordinatore del Gruppo Privacy aziendale



UN MONDO DI LUCE

Il miglioramento delle cure perinatali ha portato ad un notevole aumento della sopravvivenza dei neonati di peso inferiore ai 1000 gr alla nascita. Ciò ha portato come conseguenza l'aumento di alcune patologie legate alla prematurità grave e tra queste la **ROP (retinopatia del prematuro)**, patologia frequente in questi bambini e che può portare al distacco della retina con conseguente **cecità**.

La Neonatologia, attraverso la vendita di libri di cucina e magliette con logo, ha attivato un progetto, chiamato **Un Mondo di Luce**, per raccogliere fondi per l'acquisto di una importante attrezzatura per la diagnosi ed il timing di intervento di questa importante patologia. L'attrezzatura che si vuole acquistare attraverso le donazioni, Sistema Digitale Quadrangolare **RETCAM 120**, risulta indispensabile per la diagnosi precoce di questa grave retinopatia, al fine di tenere sotto controllo l'evoluzione della malattia, permettendone il trattamento terapeutico tempestivo ed adeguato.

L'acquisizione della **RETCAM 120** permetterà una più approfondita analisi delle problematiche oculari pediatriche sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico e consentirà l'invio delle immagini, riprodotte dalla telecamera applicata all'occhio del piccolo paziente, ai centri altamente specializzati del Nord America per un consulto in tempo reale.



Il Lions Club San Polo Matilde di Canossa che da anni raccoglie fondi per l'acquisto di attrezzature a favore della Neonatologia del nostro Ospedale, aderisce con gioia a questo progetto e mette a disposizione il seguente conto corrente per la raccolta di offerte:

CUCCIOLO c/c n° 634051 IBAN:IT60W
0543712806000000634051

BIPOPCARIRE Agenzia 6 viale Risorgimento 61 RE

La Casina dei Bimbi, associazione ONLUS di volontariato a favore di bambini ospedalizzati e delle loro famiglie, mette invece a disposizione il seguente conto corrente:

"UN MONDO DI LUCE" c/c 0000.70.120.406 CAB 12800 ABI
08095 CIN "C"

CREDITO COOPERATIVO REGGIANO

Ag. Reggio Emilia Largo Giambellino 1

Cristiana Magnani - *Direttore Neonatologia*

Felice Anno Nuovo



Arcispedale S. Maria Nuova