



ARCISPEDALE
SANTA MARIA NUOVA

AZIENDA OSPEDALIERA
REGGIO EMILIA

Regione Emilia-Romagna

Notizie

Direzione Medica di Presidio

Il nuovo piano attuativo locale (PAL)

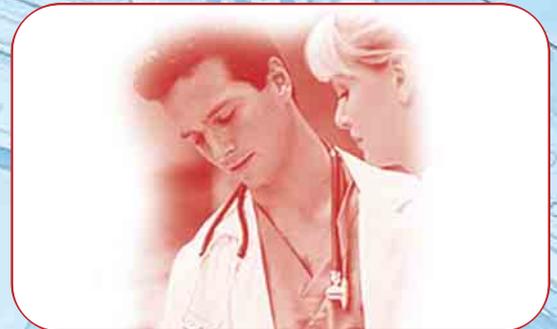
pag. 3



Dipartimento Medico II

Linee guida

pag. 5



Dipartimento Area Critica

Il progetto GIGA Gestione Informatizzata Globale della Assistenza Cardiologica

pag. 12



Servizio Infermieristico e Tecnico e Dipartimento Medico II

ASSESSMENT FIM (Functional Independence Measure): una scala di valutazione per la Riabilitazione

pag. 17



SOMMARIO

Maggio 2004

- Pag. 3 **Direzione Medica di Presidio**
Il nuovo piano attuativo locale (PAL)
- Pag. 5 **Dipartimento Medico II**
Linee guida
- Pag. 7 **Dipartimento Emergenza Urgenza**
**Il trauma grave:
formazione e confronto**
- Pag. 8 **Dipartimento Chirurgico I**
**Una brochure informativa
per i pazienti da sottoporre ad ERCP**
- Pag. 9 **Dipartimento Chirurgico I**
**La valorizzazione del ruolo infermieristico
nel Dipartimento Chirurgico I:
il modello organizzativo**
- Pag. 12 **Dipartimento Area Critica**
Il progetto GIGA
**Gestione Informatizzata Globale
della Assistenza Cardiologia**
- Pag. 15 **Servizio Infermieristico e Tecnico**
**Risk Management:
processi assistenziali a "prova di errore"**
- Pag. 17 **Servizio Infermieristico e Tecnico
e Dipartimento Medico II**
Assessment
**FIM (Functional Independence Measure):
una scala di valutazione per la riabilitazione**
- Pag. 21 **La voce delle associazioni**
Ring 14
- Pag. 23 **Ricerca&Didattica**
**Il sito web del Servizio
Informazione e Documentazione Scientifica**
- Pag. 25 **Ricerca&Didattica**
Pubblicazioni Infermieristiche 2002-2003
- Pag. 26 **Parrocchia Arcispedale S. Maria Nuova**
Alzati e cammina
- Pag. 28 **Comunicato Stampa**
Coloriamo di immagini il nuovo ospedale

NOTIZIE

PERIODICO BIMESTRALE
dell'ARCISPEDALE S. MARIA NUOVA
di REGGIO EMILIA
Reg. Trib. di Reggio E. n. 940 del 11/02/97
ANNO X - 2004 - N. 1/2
Spedizione in abbonamento postale
art. 2 comma 20/c legge 662/96.
Filiale di Reggio Emilia

Direttore Responsabile

Barbara Curcio Rubertini

Comitato di Redazione

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

Hanno collaborato a questo numero

Stefania Azzali
Pierpaolo Borgatti
Sandra Comastri
Lidia Fares
Anna Maria Ferrari
Roberto Giorgini
Rita Iori
Massimo Pantaleoni
Marzia Prandi
Donatella Proicchiani
Marina Rozzi
Romano Sassatelli
Luca Sircana
Cristina Veroni
Daniela Zanfi

Progetto Grafico

Scriba - Forlì

Sede Redazione

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

Stampa

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

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

Il nuovo piano attuativo locale (PAL)

A cura di:

Dott. Luca Sircana

Direttore Direzione Medica di Presidio

La Conferenza Sanitaria Territoriale ha approvato il 18 febbraio 2004, dopo un percorso avviato nel giugno del 2002, il nuovo Piano Attuativo Locale, in cui sono stati definiti gli indirizzi e le scelte strategiche da attuare e perseguire, a livello provinciale, nell'area dei servizi sanitari, per il raggiungimento degli obiettivi di salute definiti nel Piano Sanitario Regionale (PSR).

Il nuovo PAL nasce da un partecipato e ricercato confronto con il sistema delle autonomie locali, i professionisti delle Aziende Sanitarie della Provincia, le Organizzazioni Sindacali, le associazioni di Volontariato, i rappresentanti dell'utenza nelle Aziende Sanitarie (Comitati Consultivi Misti) e i cittadini, in funzione della formalizzazione di un disegno strategico unitario, coerente e concreto, orientato al coordinamento della "cultura della salute" e alla realizzazione di un sistema curante efficace, efficiente, sicuro ed equo, in grado di assicurare alla comunità reggiana una migliore qualità dell'offerta sanitaria e una maggiore integrazione fra i servizi distribuiti sul territorio.

Il nuovo PAL ribadisce la centralità della sanità pubblica e l'universalità delle prestazioni e si caratterizza come strumento di continuità, teso al completamento e consolidamento delle scelte strategiche e di investimento già definite nel precedente PAL (PAL 1997-1999).

Cosa è stato fatto (PAL 97/99)

Il piano di riordino dei Servizi Sanitari (PAL) 97/99 ha inciso profondamente sulla struttura provinciale dei servizi ospedalieri grazie alla creazione di un sistema provinciale in rete, che ha permesso di eliminare le duplicazioni d'offerta, individuando chiaramente e sviluppando le potenzialità delle singole strutture ospedaliere nell'ottica di una razionalizzazione dell'offerta e valorizzazione delle competenze, creando collegamenti funzionali grazie alla definizione di percorsi assistenziali integrati. Tutto ciò ha assicurato il mantenimento e, in numerosi casi, il miglioramento dei servizi offerti alla popolazione, oltretutto il raggiungimento di un equilibrio di bilancio, che ha fatto sì che la sanità reggiana si proponesse come modello di riferimento regionale di organizzazione sanitaria efficiente.

Tra i cambiamenti più significativi ricordiamo: la realizzazione del nuovo edificio ospedaliero e sviluppo del modello organizzativo dipartimentale; il potenziamento della tecnologia pesante (acquisizione della RMN, del 2° Acceleratore Lineare, della PET e del ciclotrone); l'attivazione del sistema di gestione informatizzata delle immagini e dei referti radiologici (PACS) e la Fusion/Imaging TAC Radioterapia; la creazione di un network con partner ospedalieri altamente qualificati di tutto il mondo (USA, Regno Unito, ecc.); l'avvio di percorsi d'integrazione dell'offerta (es. percorso integrato cardiologico per il trattamento dell'IMA; percorsi in grado di ottimizzare i rapporti tra il Dipartimento di Emergenza-Urgenza e Diagnostica per Immagini); il consolidamento dell'attività neurochirurgica d'urgenza, integrata secondo il modello

Hub & Spoke; attivazione di Stroke Unit Neurologica per la terapia in acuto della patologia cerebrovascolare (primo centro per la fibrinolisi in Emilia Romagna).

Obiettivi strategici e linee di sviluppo del nuovo PAL

Il PAL 2004, partendo dai reali bisogni dei cittadini e dalle reali emergenze sanitarie, continua il suo percorso verso l'integrazione degli ospedali nel territorio e la loro specializzazione, valorizzandone le competenze dei professionisti al fine di garantire una efficace, efficiente, appropriata ed equa erogazione delle prestazioni e il soddisfacimento della domanda attesa dalla popolazione, senza alcun taglio ai servizi, né riduzione dei posti letto.

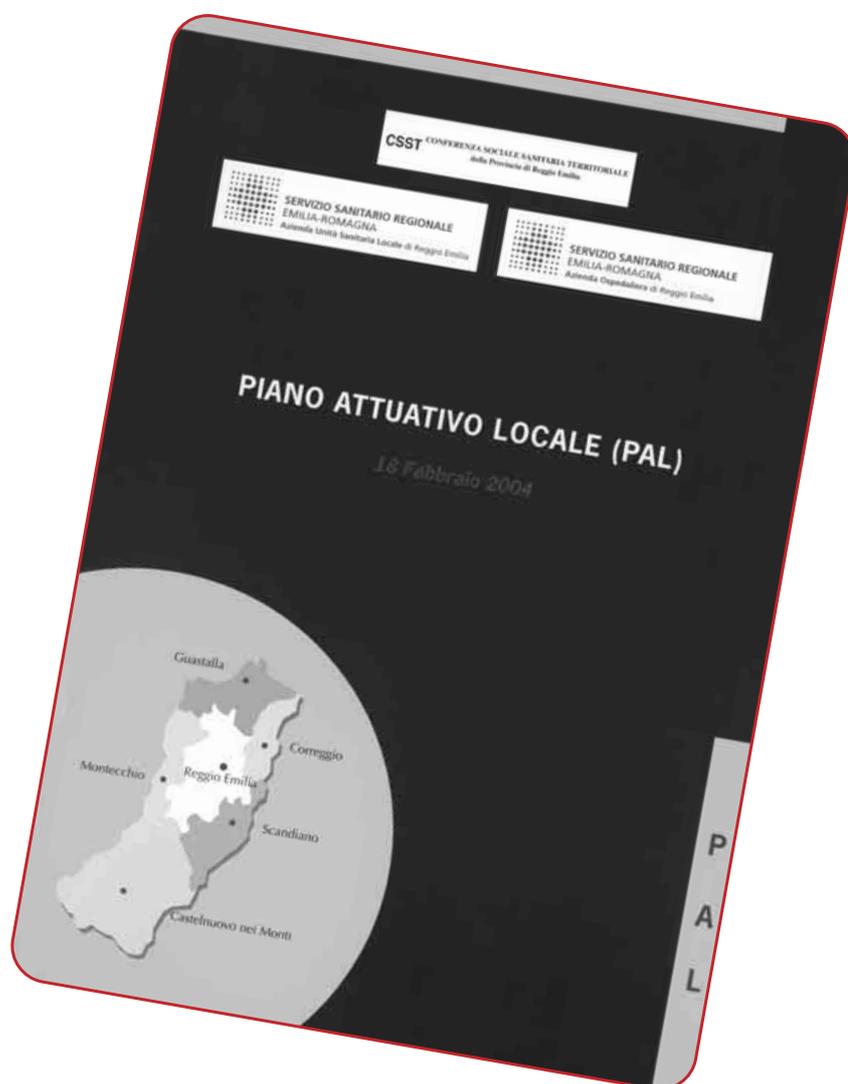
Solo una razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse, attraverso una gestione efficiente, e il miglioramento dell'appropriatezza nell'offerta, nella erogazione, ma anche nella domanda di prestazioni può garantire ai cittadini equità nell'accesso ai servizi e uguali opportunità di fruizione delle prestazioni, in un sistema che deve trovare il necessario equilibrio fra l'espressione dei bisogni di salute e le risorse disponibili.

L'obiettivo strategico è di poter pervenire ad un sistema di garanzia, con evidenza di cosa si offre, dei modi concreti dell'offerta con i relativi livelli di qualità dichiarati, un sistema basato sull'accreditamento e la ricerca dell'eccellenza.

In particolare l'impegno dell'Azienda ASMN di Reggio Emilia è orientato:

1. allo sviluppo di interventi di promozione della salute attraverso un'attiva cooperazione con la comunità e il territorio e lo sviluppo di un'attività di sostegno alle politiche di salute, di educazione e di promozione di ambienti sani e sicuri;
2. al consolidamento della rete ospedaliera provinciale secondo una logica di ottimizzazione delle risorse e valorizzazione delle competenze specifiche e delle vocazioni di stabilimento, tale da garantire il livello primario dei servizi e l'autosufficienza territoriale, attraverso organizzazioni e gestioni flessibili in grado di adeguarsi rapidamente al mutamento dei bisogni. Tutto ciò può essere realizzato continuando con la definizione di percorsi integrati tra Azienda ospedaliera S. Maria Nuova e presidio ospedaliero dell'Azienda USL;
3. all'implementazione dell'integrazione fra ospedale e territorio attraverso lo sviluppo di interventi specifici finalizzati a garantire la continuità delle cure, i percorsi post-ospedalieri e a migliorare la collaborazione con servizi sociali e sanitari del Distretto, per garantire al paziente la migliore continuità assistenziale, nonché percorsi agevoli e coerenti. Si pensi all'importanza delle dimissioni protette per pazienti anziani, ma anche a progetti di collaborazione clinica con i Medici di Medicina Generale per la gestione dei pazienti con patologia cronica;
4. a promuovere la qualità e la modernizzazione del servizio ospedaliero attraverso azioni specifiche finalizzate a creare una cultura e una struttura organizzativa che promuove la salute, a favorire un ruolo attivo e partecipativo dei pazienti e del personale e a valorizzare le competenze degli ope-

ratori e lo sviluppo professionale continuo (es. potenziamento delle tecnologie diagnostiche pesanti; avvio di sistemi di trasmissione delle immagini e lo sviluppo dei sistemi informatici a supporto dell'attività di cura; attivazione dei programmi di formazione e valutazione professionale).



Linee guida

A cura di:

Dott. Pierpaolo Borgatti

Direttore Dipartimento Medico II

La qualità delle cure si realizza in un processo di miglioramento continuo che ricerca il miglior esercizio professionale con una forte attenzione alle attese del paziente e si può definire come la capacità di soddisfare i bisogni del paziente secondo le conoscenze professionali più avanzate del momento in funzione delle risorse disponibili.

E ciò che la scienza ritiene appropriato e raccomandabile viene definito, in ambito sanitario, come medicina basata sull'evidenza fondata sulla gerarchia delle prove scientifiche, elemento portante della costruzione delle Linee Guida, cioè delle raccomandazioni basate sulle prove di efficacia sulle quali è auspicabile indirizzare la pratica clinica.

In medicina le Linee guida sono solitamente prodotte e aggiornate da Società Medico Scientifiche nazionali e sopranazionali ma l'esigenza di individuare percorsi di buona pratica clinica può sorgere ed essere portata avanti anche nell'ambito di singoli Ospedali od Unità Operative. Ed è quanto sta crescendo negli ultimi anni anche nel nostro Ospedale. Dopo l'esperienza, condivisa da un folto gruppo di medici delle due aziende sanitarie reggiane, che ha portato alla creazione delle linee guida sulla gastroprotezione ed uso dei FANS e sull'uso delle emotrasfusioni, l'attenzione a basare sempre più la pratica clinica sulle prove di efficacia ha portato i sanitari di diverse Unità Operative dell'Ospedale all'individuazione di tematiche cliniche importanti su cui impegnarsi per stilare nuove linee guida o ad implementarle se già esistenti. E questo nuovo e stimolante interesse ha spinto il Dipartimento Medico II a proporre la condivisione aziendale di alcune linee guida che, quand'anche emerse da specifiche unità operative, rivestono un rilievo e interesse più generale, meritevole, credo, della più ampia diffusione e, appunto, condivisione.

Gli argomenti delle linee guida riguardano l'emorragia cerebrale e subaracnoidea, la meningite batterica e l'anemia nella insufficienza renale cronica.

Alcune considerazioni riguardo il razionale nella scelta delle tre linee guida.

MENINGITE BATTERICA: è una patologia gravata ancora da una elevata mortalità e da una alta percentuale di complicanze immediate ed a distanza. Per iniziare tempestivamente la terapia antibiotica risulta fondamentale effettuare una diagnosi in tempi rapidi, ostacolata da una gestione iniziale della patologia condotta da più figure professionali, non sempre coordinate tra di loro.

Il gruppo di lavoro, coordinato dalla U.O. di Malattie Infettive, che coinvolge le UU.OO. di Medicina d'Urgenza, Anestesia e Rianimazione,

Neurologia, Microbiologia e Neuroradiologia, individuando le criticità dell'attuale percorso, si è posto l'obiettivo di elaborare un percorso diagnostico-terapeutico basato sulle migliori evidenze disponibili per una corretta gestione del paziente con meningite batterica.

L'ANEMIA nell'insufficienza renale cronica: rappresenta uno degli argomenti più dibattuti, in ambito nefrologico, dell'ultimo decennio, da quando si è resa disponibile la terapia con eritropoietina umana ricombinante. Diversi studi osservazionali hanno mostrato concordemente la relazione tra anemia, sviluppo di danno cardiaco e mortalità. Mentre, analizzando le numerose evidenze disponibili, l'accordo è unanime sulla correzione parziale dell'anemia (valori di emoglobina di 11-12 gr/dl), l'opportunità della sua correzione completa (normalizzazione dell'emoglobina) è ancora oggetto di ampio dibattito.

Anche in questo settore l'interesse a delineare un percorso diagnostico-terapeutico coerente con le prove di efficacia travalica il confine meramente specialistico nefrologico per allargarsi alle Medicine Generali, Geriatria, Ematologia, strutture che maggiormente impattano con i pazienti affetti da insufficienza renale di vario grado che possono beneficiare del trattamento con eritropoietina.

L'argomento non è esente da importanti problemi anche di farmacoeconomia.

L'EMORRAGIA CEREBRALE e SUBARACNOIDEA, sono le patologie vascolari, neurologiche a più alta mortalità e disabilità, di poco ridotte dal miglioramento delle tecniche chirurgiche raggiunte negli ultimi anni. Per quanto riguarda l'emorragia cerebrale rimangono da definire aspetti diagnostici, come l'utilizzo dell'angiografia, in casi selezionati, ed il ricorso all'intervento neurochirurgico ed alla terapia intensiva. Per l'emorragia subaracnoidea è importante una diagnostica rapida e puntuale dei primi episodi di sanguinamento, che sembrano rimanere non diagnosticati ancora in circa il 20% dei pazienti, con alta probabilità che un secondo episodio sia più grave del precedente. Inoltre è degli ultimi anni, la possibilità d'intervenire per via endovascolare alla chiusura degli aneurismi, aventi caratteristiche determinate e la consapevolezza, al contrario che altri aneurismi di piccole dimensioni ed asintomatici possano essere solo seguiti nella loro evoluzione nel tempo. La presenza a Reggio Emilia di uno spoke di neurochirurgia e di Neuroradiologi rende necessario stabilire un percorso locale diagnostico-terapeutico, che vede coinvolti anche i colleghi Fisiatri, Rianimatori, del Pronto Soccorso-118, Neurologi, Internisti, Geriatri e medici del centro Emostasi.

Tramite il supporto organizzativo e di coordinamento del Servizio Sviluppo Organizzativo i 3 Gruppi di lavoro sulle Linee Guida organizzeranno l'attività in Workshop EBM tramite incontri collegiali dove, con l'intervento del GIMBE, verranno affrontate le metodologie di diffusione, implementazione e valutazione d'impatto delle

LG e la valutazione dell'efficacia delle stesse. I singoli gruppi, formati da medici, infermieri e tecnici, affronteranno poi le tematiche inerenti la specifica LG con l'analisi del contesto e dei percorsi locali.

Ma lo sforzo di produrre LG non avrebbe nessun significato se non ci fosse poi la volontà di verificarne l'applicabilità attraverso un processo continuo di "Audit", cioè di revisione, valutazione dei risul-

tati, identificazione delle cause di mancata aderenza tra raccomandazione e realtà e disponibilità al cambiamento.

Ed è a questo impegno per la valutazione della qualità delle cure e degli interventi correttivi atti ad ottenere il miglior rapporto costo/beneficio che saranno chiamati gli operatori che vorranno condividere e applicare nella pratica clinica le Linee Guida che insieme andremo costruendo.

WORKSHOP SU LINEE GUIDA Evidence-based Medicine

PARTECIPANTI AD OGNI LINEE GUIDA

| Linee Guida | Unità Operativa | Nominativi |
|--|--------------------------|---|
| Meningite batterica | Malattie Infettive | Dott. GIACOMO MAGNANI Dott.ssa LUCIA LUIGINA TESTA I.P. ANDREA VERBINI |
| | Neurologia | Dott.ssa ROMANA RIZZI (elettroencefalografista) I.P. SABRINA PAGLIA |
| | Pediatria | Dott.ssa KATIA ROSSI |
| | Pronto Soccorso | Dott.ssa PIERA MARIA FERRINI |
| | Radiologia | Dott. GIULIO ZUCCOLI |
| | Lab. Microbiologia | Dott.ssa LIDIA RICCI |
| | Medicina | |
| | Anestesia e Rianimazione | Dott. PIER PAOLO SALSÌ |
| Emorragia cerebrale | Neurologia | Dott.ssa DONATA GUIDETTI I.P. AMANDA COCCHI |
| | Geriatria | Dott. ALBERTO DALLARI |
| | Neurotraumatologia | Dott. PAOLO LIMONI |
| | Radiologia | Dott. GIANNI DE BERTI |
| | Anestesia e Rianimazione | Dott. SANDRO SALZANO |
| | Angiologia | Dott. ANGELO GHIRARDUZZI |
| | RRF | Dott.ssa DONATELLA PROCICCHIANI |
| Anemia nella insufficienza renale cronica | Nefrologia | Dott. PIERPAOLO BORGATTI Dott.ssa MARIACRISTINA GREGORINI I.P. SANDRA FERRETTI (Reggiani Maria Cristina viene lei al posto della Ferretti) |
| | LACC | Dott.ssa MARIA CATERINA MACONI |
| | Geriatria | Dott.ssa CRISTINA GUELI I.P. ANNA GALASSINI |
| | Medicina | Dott. AURELIO NEGRO |
| | Ematologia | Dott. PAOLO AVANZINI |

Il trauma grave: formazione e confronto

A cura di:

Dott.ssa Anna Maria Ferrari

Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza

22-28 Marzo 2004: "Settimana di formazione ed aggiornamento sul trauma grave per medici d'urgenza"

24 Marzo: "Giornata di confronto sul trauma grave con analisi interattiva di casi clinici".

Il Giorno 24 Marzo 2004 si è svolto a Reggio Emilia un Convegno dal titolo "Giornata di confronto sul trauma grave con analisi interattiva di casi clinici". La giornata si è inserita in un'intera settimana di formazione ed aggiornamento sul trauma grave per medici d'urgenza. Nella settimana dal 22 al 28 Marzo compresi si sono susseguiti quattro eventi formativi: Corso Pre-hospital Trauma Life Support (PHTLS) della durata di due giorni, con 24 partecipanti, medici ed infermieri; corso Advanced Trauma Life Support (ATLS) della durata di tre giorni con 16 medici partecipanti; Corso ATLS refresh della durata di un giorno, con 12 partecipanti medici; corso Ecografia FAST (Focused Trauma Abdominal Sonography) della durata di un giorno con 7 partecipanti medici. I corsisti provenivano da varie Regioni. La giornata di convegno, svoltasi a Palazzo Rocca Saporiti, è stata caratterizzata da una grande partecipazione di medici provenienti per lo più dall'ambito regionale, circa 120, che hanno riempito tutti gli spazi nelle aule, con relatori e moderatori di rilevanza nazionale. Gli argomenti trattati sono stati:

- l'importanza della dinamica nelle lesioni traumatiche,
- le linee guida di gestione del trauma grave secondo l'ATLS,
- l'importanza della diagnostica ecografica nel trauma e l'utilizzo dei nuovi mezzi di contrasto ecografici,
- la rilevanza della TC nel trauma.

Ha destato notevole interesse la Tavola Rotonda sui modelli di assistenza al



trauma, con l'attenzione puntata sul ruolo del medico d'urgenza nella gestione del trauma grave. Le due sessioni dedicate all'analisi di casi con metodologia interattiva si sono rivelate estremamente seguite ed interessanti. I presenti avevano la possibilità di rispondere con la metodica del televoto, a domande poste dai relatori, quindi di potere vedere proiettato l'esito del voto complessivo. Per la prima volta a livello nazionale si è tenuta un'intera settimana dedicata all'aggiornamento sul trauma grave per i medici d'urgenza, con l'intento di focalizzarne il ruolo e le esigenze formative specifiche. Ogni evento della settimana è stato accreditato ECM. La settimana di formazione ha ottenuto il patrocinio della Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza e dell'ordine dei Medici della Provincia di Reggio Emilia.



Una brochure informativa per i pazienti da sottoporre ad ERCP

A cura di:

Dott. Romano Sassatelli

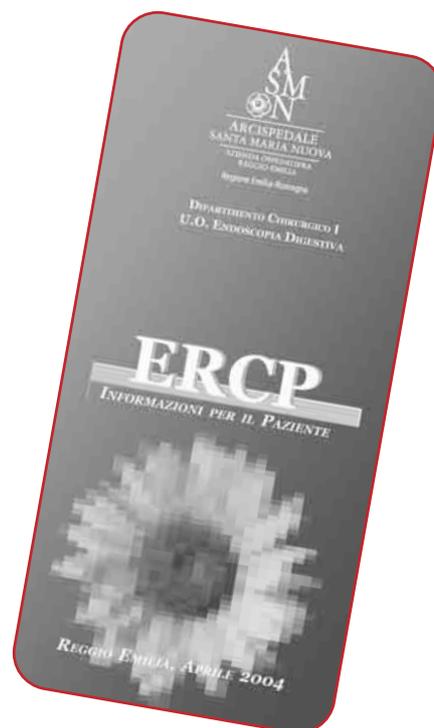
U.O. di Endoscopia Digestiva

La colangio-pancreatografia endoscopica retrograda endoscopica (ERCP) compie ormai trent'anni. In questi decenni ha dato dimostrazione pratica, sul campo, di essere una metodica molto efficace; questa efficacia clinica si è tradotta in una consistente mole di evidenze di buon livello raccolte in modo sistematico in una recente pubblicazione congiunta dei National Institutes of Health statunitensi e della American Society for Gastrointestinal Endoscopy.

L'ERCP è una metodica combinata endoscopico-radiologica attraverso la quale è possibile trattare una notevole varietà di patologie biliopancreatriche e la sua diffusione nel trattamento di pazienti che ne soffrono è ormai capillare; ciò non significa che essa possa o debba essere praticata in tutte le realtà: è noto infatti da tempo come solo un centro che svolga un numero di esami adeguato possa garantire quella competenza necessaria ad ottimizzare gli esiti della procedura, contenendone al contempo i possibili effetti collaterali, purtroppo imprevedibili e (anche se raramente) potenzialmente gravi. Nonostante questi caveat, l'ERCP rimane comunque una metodica insostituibile nel percorso di cura del paziente con patologia pancreatica (neoplasie, pancreatite cronica, pancreatite acuta biliare, etc) e delle vie biliari (calcolosi del coledoco, patologia iatrogena, tumori) e oggi è noto a tutti come essa possa spesso consentire di evitare (o di ottimizzare) interventi chirurgici spesso complessi e demolitivi grazie alla sua notevole potenzialità diagnostica e soprattutto terapeutica. Oggi, poi, si integra di necessità con altre tecnologie con finalità diagnostiche (ecoendoscopia in primis, ma anche risonanza magnetica, TAC spirale, PET) e terapeutiche (litotrissia extracorporea, trattamenti endocavitari e percutanei). L'ERCP è diventata, anche per questo, una metodica sempre più complessa: i pazienti sono sempre più selezionati e l'integrazione di cui sopra comporta di necessità la predisposizione di percorsi adeguati. Inoltre il nostro Servizio riceve casistiche di pazienti da altri centri, ovviamente con patologie di trattamento sempre più difficile. Tutto ciò si colloca in un quadro generale di riferimento in cui l'attenzione del paziente è giustamente cresciuta e si è qualificata, anche se a volte in modo non adeguato. Il paziente deve essere reso pienamente consapevole del rapporto beneficio-rischio cui viene esposto e dobbiamo essere noi operatori sanitari a cercare di farlo in modo corretto, spiegando con chiarezza ciò che viene fatto e perché e quali sono le possibili alternative e quali i rischi.

Per questo motivo abbiamo ritenuto necessario diffondere una nota informativa, che abbiamo tradotto proprio dalla American Society for Gastrointestinal Endoscopy adattandola alla nostra realtà locale. Che è

quella di un centro endoscopico che da decenni effettua centinaia di ERCP ogni anno, affrontando quotidianamente la sfida di queste importanti patologie con l'impegno dei propri operatori e con la continua crescita culturale e tecnologica. Ma questo impegno non basta: la collaborazione del personale medico ed infermieristico degli altri reparti e servizi è cruciale. E questa non può prescindere da un'adeguata informazione. La brochure è disponibile su intranet nella pagina dell'endoscopia digestiva e in internet alla pagina <http://www.asmn.re.it/ERCP.pdf>. Vi preghiamo di diffonderla adeguatamente.



La valorizzazione del ruolo infermieristico nel Dipartimento Chirurgico I°: il modello organizzativo

A cura di:
Cristina Veroni
Infermiera

La "valorizzazione del ruolo infermieristico" è il titolo dato al Quarto Seminario Dipartimentale svoltosi nel maggio 2003: esso rappresenta un nuovo contributo, elaborato dagli infermieri e destinato agli infermieri del Dipartimento Chirurgico I°, all'interno del percorso di formazione dipartimentale iniziato nel 1998, anno in cui si è dato inizio al I° Seminario Dipartimentale dal titolo "La dipartimentalizzazione nella nostra realtà aziendale".

La breve ma intensa esperienza che ho trascorso nell' U.O. di Chirurgia Degenera Breve mi ha offerto l'occasione di tentare di riallacciare connessioni tra le due tematiche seminariali di diretto interesse infermieristico.

Gli infermieri di recente assunzione nella nostra azienda potranno, forse, in questo tentativo, trovare alcune coordinate concettuali utili ad orientare all'interno della propria realtà operativa dipartimentale la propria prassi quotidiana così fresca, per quelli appena diplomati, di acquisizioni teoriche.

Gli infermieri che invece, come me, da un certo numero di anni operano in questa azienda, potranno, forse, esattamente come me, cercare di ricostruire, anche se sinteticamente, una memoria che dia sostegno e significato all'agire quotidiano; potranno, insieme a me, cercare di rintracciare in questa memoria, al di là della specificità offertaci come modello dal dipartimento chirurgico I°, l'elemento a mio giudizio più significativo: rafforzare in noi la consapevolezza del grande valore dell'esperienza e della competenza; esse possono innescare un processo di revisione e affinamento delle nozioni teoriche nei confronti della realtà operativa di altissimo valore. L'ultimo decennio per la professione infermieristica - e per l'intero sistema sanitario del paese - è stato un periodo di grandi innovazioni, turbolenze, tensioni e, per gli infermieri, di grandi conquiste. Dal 1992, anno di attivazione dei primi diplomi universitari, ad oggi la crescita della professione è stata impetuosa e in un arco di tempo relativamente breve si sono modificate radicalmente le norme che regolamentano la formazione e l'esercizio professionale infermieristico. Affermare poi che per esercitare la professione infermieristica in Italia è richiesta la Laurea significa coronare d'alloro tutto un insieme di conquiste. Avere infermieri laureati significa sancire definitivamente che *esiste un sapere infermieristico, conosciuto e applicato esclusivamente dagli infermieri; esiste una specificità infermieristica che è unica e distintiva che nessun'altra professione può offrire, esercitare ed insegnare perché frutto di un sapere autonomo in grado di dialogare e di interagire con altri saperi ma con una sua precisa identità.* Da qualche tempo gli infermieri si chiedono se la realtà attuale del sistema sanitario italiano sia tale da costituire l'humus adeguato per ottenere il completo riconoscimento del ruolo, della funzione e della professionalità dell'infermiere italiano; al medesimo tempo, si pongono il problema di definire quali siano i contenuti, le conoscenze e le competenze in rapporto alle necessità di salute del cittadino. In questo senso, pensare a una professione che differenzia e stratifica le com-

petenze, ci porta al grande tema dell'organizzazione: la competenza avanzata infatti non è in grado da sola di portare risultati perché ha bisogno di modelli organizzativi pertinenti per diventare ricchezza. L'organizzazione infatti non è mai fine a se stessa, ma rappresenta uno strumento per raggiungere determinati risultati, a partire da un'attenta analisi degli scopi che persegue (mission), dell'ambiente con cui si interfaccia, delle risorse disponibili e/o acquisibili e della cultura nella quale si sviluppa.

Le organizzazioni sanitarie sono organizzazioni complesse; il modello gerarchico, sul quale da sempre si sono modellati gli ospedali, e l'assistenza infermieristica, ha continuato ad essere (insieme alla concezione medicocentrica della salute) pressoché l'unico modello di riferimento per l'organizzazione, in modo tale che un certo tipo di esigenze professionali hanno continuato ad avere il sopravvento su quelle dell'utenza.

Gli infermieri si sono chiesti se e quanto l'attuale organizzazione dipartimentale rappresenti un modello capace di rispondere in modo efficace alla domanda assistenziale del cittadino, e, al tempo stesso, in quale modo essa riesca a creare le condizioni che consentono agli infermieri di esprimere e/o acquisire al meglio le proprie competenze: per rispondere dobbiamo tornare per un istante all'atto di nascita dei Dipartimenti.

Nel 1992 il Parlamento con la legge 23 ottobre n° 421 ha delegato il Governo ad attuare una razionalizzazio-

ne di alcune materie cruciali per la finanza pubblica con una revisione di alcune discipline tra cui la sanità. Da questa delega deriva il Dlgs 502/92 che pone in essere il processo di aziendalizzazione; nel 1999 poi, con un'ulteriore riforma si assiste a una messa a punto ancor più sofisticata e analitica dei meccanismi di responsabilizzazione delle aziende e di regolamentazione dei relativi assetti di governance, che tiene conto delle esperienze fatte e dei problemi evidenziati negli ultimi anni, fino a scendere in non pochi aspetti fino a disposizioni di carattere organizzativo. La programmazione assume un ruolo determinante, l'attenzione comincia a focalizzarsi sull'appropriatezza degli interventi, sull'efficienza organizzativa e sulla razionalità delle scelte distributive. Si pone mano all'organizzazione del lavoro, prendendo atto del fatto che l'esclusiva relazione gerarchica tra le figure gestionali e i "professionals" dimostra non solo tutta la sua debolezza ma tende anche a produrre distorsioni organizzative oltre che difficoltà nel raggiungimento di risultati di tipo complesso. Non è infatti possibile semplificare quello che è complesso, bisogna essere in grado di negoziare le incertezze, le contraddizioni insite nel sistema, la complessità è ineludibile. I problemi complessi non possono essere affrontati in maniera frammentaria, ma attraverso la responsabilizzazione e l'integrazione dei saperi e dell'agire. L'indebolimento della percezione del globale conduce all'indebolimento della responsabilità (in quanto ciascuno tende a essere responsabile solo del suo compito specializzato), nonché all'indebolimento della solidarietà (in quanto ciascuno non sente più il legame con gli altri). L'approccio della professione, inoltre, per anni si è basato sulla *dipendenza assistenziale*: gli infermieri ritenevano che la loro presenza vicino alle persone fosse legata pesantemente alla incapacità di queste a provvedere autonomamente ai biso-

gni o alle attività di vita quotidiane. Oggi il paradigma di riferimento è cambiato: i pazienti sono diversi; le loro esigenze si sono modificate; le competenze degli infermieri permettono di realizzare un passaggio rilevante dal modello della dipendenza a quello della complessità. *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 di meno o addirittura che non hanno bisogno di infermieri: passare da una logica dell'uguaglianza a una dell'equità per garantire agli utenti ciò di cui hanno bisogno e *modulare l'intensità della presenza infermieristica. Uno strumento che cerca oggi di rispondere con più efficacia alla domanda assistenziale del cittadino utilizzano al meglio le risorse disponibili è rappresentato dalla struttura dipartimentale*. Nella nostra realtà aziendale i Dipartimenti vengono istituiti nel 1997 in ottemperanza al Dlgs 502 prima citato, privilegiando l'aggregazione per funzioni, attuando una importante ristrutturazione organizzativa e strutturale che coinvolge 42 unità operative di tutte le aree ospedaliere, creando dieci dipartimenti-aree funzionali.

Il dipartimento-Area chirurgica prima viene coinvolto in modo significativo; a seguito del riassetto organizzativo-strutturale si rende necessario ridisegnare l'assegnazione e i ruoli di tutti gli operatori, anche alla luce delle nuove esigenze funzionali di assistenza. Il vissuto storico di alcune unità operative dell'area chirurgica prima, che già operavano con settori assistenziali differenziati, ha aperto il cammino ad una nuova integrazione dipartimentale, proponendo l'organizzazione della attività del dipartimento chirurgico secondo l'innovativo modello per aree di intensità assistenziale. Il modello proposto presuppone la creazione di strutture caratterizzate da un assetto organizzativo tale per cui i pazienti trovano collocazione e si spostano

nei differenti settori funzionali in base al tipo di necessità assistenziale. (livelli: basso - medio o ad alta intensità assistenziale)

Questa organizzazione corrisponde alla cultura e alla pratica infermieristica da sempre orientate all'erogazione di un'assistenza mirata ai bisogni di vario grado delle persone più che alla loro patologia in quanto tale. La logica dipartimentale è basata sull'integrazione, sul coinvolgimento, sulla condivisione e sull'approccio multidisciplinare alla persona.

Viene superata la logica del "mio" e del "tuo", con l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale.

Ogni operatore trova nel dipartimento le opportunità per sentirsi protagonista attivo contribuendo in prima persona al raggiungimento degli obiettivi dipartimentali. La partecipazione ai progetti è assicurata da una rete dipartimentale ben strutturata di professionisti infermieristici e medici, i quali coagulando le loro conoscenze e competenze professionali, elaborano metodologie di lavoro e strumenti operativi comuni in grado di garantire la continuità assistenziale: pensiamo ad esempio ai gruppi di lavoro per la realizzazione della Cartella infermieristica dipartimentale, alla Lettera di dimissione integrata medico-infermiere, alla grande risorsa teorico-programmatica che rappresentano gli Audit clinici in cui oggi l'infermiere può e deve esprimere il suo contributo.

La promozione di una *cultura d'integrazione* dipartimentale delinea il percorso caratterizzandone le parole chiave: continuità assistenziale, integrazione dei professionisti, valorizzazione delle competenze e delle professionalità, sviluppo professionale continuo.

Dobbiamo ricordare che la misura dell'attività assistenziale non è solo direttamente legata alla quantità di cose che gli infermieri sono chiamati a fare ma anche all'impegno intellettuale che dedicano quando pensano, progettano, elaborano, ricercano,

scelgono gli interventi. Nei seminari infermieristici dipartimentali trovano un'adeguata esplicitazione l'andamento dei progetti in itinere e la programmazione futura; i relatori sono spesso gli stessi operatori, i contenuti hanno dunque sempre diretto e rilevante interesse professionale, con tematiche multidisciplinari che coinvolgono in modo specifico il dipartimento e sono contestualizzabili nel quotidiano. Essi dunque orientano il cambiamento e sviluppano la cultura dipartimentale.

Se infatti il meccanismo attivato sia dalla legge 42/99 (abrogazione del mansionario) che dalla 251/2000 (laurea e dirigenza agli infermieri) è essenzialmente culturale, il grande regista del cambiamento della professione infermieristica non può che essere la formazione, che fino ad oggi è però stata "ingessata" valorizzando solo la laurea e spingendo in basso competenze e conoscenze acquisite attraverso altri percorsi professionalizzanti; il vero apprendimento di competenze si compie infatti in un contesto di realtà: da qui l'importanza che assume l'apprendimento clinico e l'identificazione degli ambiti in cui esso debba essere svolto.

Gli attori della programmazione dei percorsi formativi dipartimentali sono sempre gli infermieri che nelle figure del Responsabile Infermieristico di Dipartimento e dei Coordinatori infermieristici delle unità operative implementano progetti di sviluppo professionale che in concerto con la Direzione Infermieristica sono rivolti alla valorizzazione del ruolo infermieristico. Il Dipartimento è dunque un'organizzazione che apprende. Il continuo adattamento a nuove o mutevoli condizioni, l'autorinnovamento, l'autogenerazione per la creazione di nuove idee e, di conseguenza la produzione di nuova coscienza e di apprendimento, conduce l'intero sistema verso livelli culturali più vantaggiosi.

Il sistema organizzativo diventa così fattore differenziale per creare opportu-

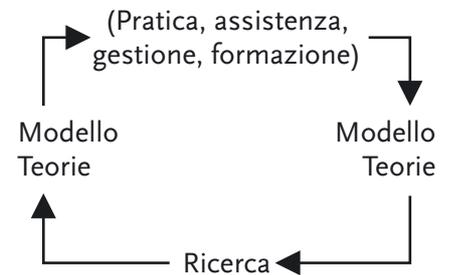
nità di sviluppo di competenze, processi e risultati. L'approccio filosofico è quello olistico, secondo cui il comportamento di un sistema è una caratteristica irriducibile della sua globalità.

Il Dipartimento quale sinergico rapporto delle varie professionalità è rispecchiato in assunzioni proprie della Scienza infermieristica e, in particolare, nei principi di omeodinamica del modello concettuale di Martha E. Rogers, con i concetti di interazione costante e reciproca, cambiamento reciproco e flusso ritmico di energia, concetti in linea con i recenti sviluppi della fisica. Ogni operatore è fondamentale e fornisce e riceve energia per la sua stessa rigenerazione. L'infermieristica è una disciplina applicata in grande evoluzione e sono necessari percorsi formativi qualificati, ma anche la capacità di continuare a riflettere criticamente sulla propria pratica professionale per migliorarla.

Uno dei problemi che più ha fatto discutere negli ultimi anni coloro che si occupano di formazione infermieristica è rappresentato dalla differenza tra teoria e pratica. L'entità di questo problema potrebbe addirittura aumentare se la sede di formazione universitaria venisse vista come la sede privilegiata di formazione teorica rigorosa e scientifica, mentre nelle realtà operative la professione si esprimesse soprattutto su criteri non rigorosi e scientifici. L'"Eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. L'apprendimento basato sull'esperienza" di Patricia Benner, ha dato, per citare un esempio fra tanti, un significativo contributo al tema e al valore dell'esperienza infermieristica.

La formazione oggi di un numero consistente di ricercatori orientati alla pratica dell'infermieristica permette di risolvere molte sfide che la professione deve fronteggiare, e tra esse quella di far valere il ruolo dell'infermieristica nelle istituzioni della salute.

Il "ciclo ideale":



Bibliografia:

Ann Marriner-Tomey, *I teorici del Nursing e le loro teorie*, McGraw-Hill, 1996.
 Basetti O., *Lo specifico infermieristico*, Rosini Editrice, Firenze, 1993.
 Chiappi S., *Un "modello" per l'organizzazione sul territorio, ne "L'infermiere"*, n° 6/2003.
Le leggi e gli infermieri: Le tappe fondamentali della legislazione di interesse infermieristico negli ultimi dieci anni, nell'Inserito redazionale al n. 5/2003 de "L'Infermiere".
 Cosmacini G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Laterza, Bari, 1987.
 Lemmi M., *L'intensità di cura: utopia o realtà*. Raccolta atti seminari infermieristici del Dipartimento Chirurgico primo, 1998-99.
 Malvoni O., *Infermieri protagonisti di un dipartimento chirurgico strutturato per intensità assistenziale*, in "Management Infermieristico", N° 2/2003, Lauri Edizioni.
 Manzoni E., *Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica*, Masson S.p.A., Milano, 1997.
 Palese A., *Linee di tendenza nella formazione pratica degli studenti infermieri*, in "Il Diploma Universitario di scienze infermieristiche", Atti XIII Convegno Regionale, Forlì 14 ottobre 1995.
 Palese A., *La risorsa infermieristica nel Servizio sanitario nazionale*, in Insetto redazionale - al n. 10/2002 de "L'Infermiere".
 Silvestro A., *Il progetto degli infermieri per una sanità al servizio dei cittadini*, in "Insetto redazionale - al n. 10/2002 de "L'infermiere".
Linee guida e governo clinico: come riconciliare il mezzo con il fine? Agenzia sanitaria regionale, Centro di documentazione per la salute, Regione Emilia-Romagna, dic. 2001.

Il progetto GIGA

Gestione Informatizzata Globale della Assistenza Cardiologica

A cura di:

Dott. Massimo Pantaleoni

Referente Dipartimentale Arianna Line

La cardiologia è da sempre una delle punte avanzate delle applicazioni tecnologiche in medicina con particolare riguardo alla Information & Communication Technology. Molte strutture cardiologiche italiane nel corso degli anni si sono prodigate nell'utilizzo di varie forme di gestione informatizzata dei dati e di loro trasmissione a distanza.

Questa peculiarità è dovuta al forte utilizzo di apparecchiature biomediche digitali e al miglior atteggiamento verso l'informatica che l'uso di queste macchine induce nel gruppo dei professionisti. Tuttavia questo non ha portato ad una vera e propria gestione informatizzata dei reparti realizzando anzi, all'interno degli stessi, delle situazioni a macchia di leopardo: in alcuni settori ad alto uso di tecnologia tutta la parte di refertazione e di gestione delle immagini è digitalizzato, ma non è disponibile al resto dell'equipe, col risultato che le attività "al letto del paziente" sono completamente svolte su supporto cartaceo. Ancora peggiore è la situazione nella comunicazione con l'esterno: i vari programmi specializzati per gestire "parti" dell'attività cardiologica (elettrocardiogrammi, coronarografie, angioplastiche, ablazioni e studi elettrofisiologici) utilizzano linguaggi propri del produttore dell'apparecchio e di norma non colloquiano con il sistema informativo "amministrativo" dell'Azienda ospedaliera o USL rendendo impossibile seguire il paziente all'interno dell'ospedale stesso. Ancora i dati prodotti sono gestibili con estrema difficoltà in output: non possono essere inglobati nelle lettere di dimissione e quasi mai hanno possono essere accessibili dall'esterno rispettando i parametri di sicurezza e le cogenze sulla privacy.

Le molte iniziative proposte finora dall'industria sono centrate sull'indagine, sulla procedura e non sul paziente e nemmeno sulle esigenze quotidiane dell'ospedale in quanto finalizzate solo a specifiche attrezzature. L'impatto degli operatori sanitari con l'informatica è stato inoltre frequentemente ostacolato dalla necessità di modificare profondamente i propri schemi operativi per adeguarsi alle necessità delle macchine.

In molte esperienze di audit clinico a fronte di reparti in grado di erogare prestazioni in laboratori di alta tecnologia, i dati necessari alle verifiche vengono ottenuti dalle cartelle cliniche cartacee mentre si avverte ormai l'esigenza di disporre di flussi di dati anche clinici per garantire le verifiche dei centri da parte delle agenzie sanitarie (anche a fini di rispondere ai requisiti di accreditamento e/o di certificazione ISO).

Finalità del progetto

Queste problematiche possono essere affrontate solamente mediante

una realizzazione veramente innovativa pensabile solamente mediante il concorso di varie professionalità e vari servizi in grado di collaborare strettamente fra loro per arrivare alla verifica sul campo delle possibilità di utilizzo quotidiano di un originale programma di gestione globale delle cardiologie che sia in grado di:

- collegarsi al sistema informativo anagrafico e amministrativo esistente
- collegarsi alle apparecchiature biomediche principali (angiografi ed ecografi in prima istanza, ma anche elettrocardiografi) già esistenti garantendo una adeguata gestione e archiviazione e trasmissione delle immagini utilizzando i linguaggi ormai standard nel mondo sanitario come il DICOM 3
- gestire il magazzino locale
- fornire un sistema di refertazione unitario per tutti i laboratori
- collegare tutte le informazioni e le immagini presenti nel data base mediante una gestione centrata sul paziente
- rendere tutte le informazioni disponibili in qualsiasi punto della rete informatica aziendale mediante una interfaccia web
- consentire l'inserimento automatico (o semiautomatico) dei referti e delle immagini nelle relazioni di dimissione e di trasferimento.
- Fornire informazioni "esportabili"

li" in tre direzioni principali:

- i server della agenzia sanitaria regionale per alimentare i sistemi di audit on line (indispensabile momento di verifica in qualsiasi sistema di gestione per la qualità)
- le cardiocirurgie di riferimento per inviare relazioni e immagini in formato "sicuro"
- il sistema di comunicazione (in fase di definizione) fra ospedali e medici di base (Progetto Web Community per l'appropriatezza della pratica clinica e Progetto Regionale "SOLE")
- In prospettiva il sistema completo potrà anche gestire gli schemi di terapia e i diari dei pazienti ricoverati (interfacciabile con carrelli-visita elettronici).
- Realizzare quanto sopra con modalità che non sovvertono il modo di operare dei reparti e del personale delle cardiologie italiane.

Il progetto, che prevede l'individuazione di un partner tecnologico dotato sia di adeguati livelli di esperienza nel settore specifico che di centri di ricerca e sviluppo, si propone come riferimento italiano nella sperimentazione di questi strumenti ed è frutto di una collaborazione interdipartimentale particolarmente rilevante:

- Dipartimento di Area critica: le due UUOO di cardiologia (compresa la sezione distaccata a Castelnuovo Monti) saranno il centro operativo del progetto, dovranno collaborare strettamente con gli sviluppatori del programma sia per garantire la completa migrazione di tutti i dati esistenti, sia per definire tutte le personalizzazioni necessarie ad un utilizzo snello dei programmi. Dovranno farsi carico delle prevedibili fasi di criticità durante la

messa a regime.

- Direzione sanitaria: seguirà l'adeguatezza del sistema alle normative di tutele della privacy e la disponibilità dei dati clinici per gli altri dipartimenti ospedalieri
 - Servizio Tecnologie Informatiche: seguirà il "cuore" operativo informatico del progetto curante con particolare attenzione i collegamenti con tutte le esistenti piattaforme amministrative (CUP, cassa, agende di reparto), sanitarie (SMS) e con i database clinici dei Servizi Diagnostici di Laboratorio e di Imaging Radiologico (Intranet Clinica)
 - Servizio Tecnologie Biomediche: garantirà l'implementazione dell'innovativo collegamento diretto fra le apparecchiature biomediche e la cartella elettronica e collaborerà nel gestire il sistema di archiviazione elettronica "nativa" sia delle coronarografie che dei filmati ecocardiografici.
 - Servizio Sviluppo Organizzativo: coordina le azioni di progettazione, di comunicazione esterna all'azienda ospedaliera, i contatti con le strutture istituzionali (in particolare la Regione Emilia Romagna), l'interfaccia col Progetto "Web Community per l'appropriatezza della pratica clinica" e con la Unità per l'Efficacia Clinica dell'ASMN e della AUSL. Organizzerà la formazione del personale delle UUOO coinvolte.
 - Svolgono un ruolo collaborativi anche la AUSL di Reggio Emilia sia per l'adeguato collegamento telematico della sede di cardiologia distaccata presso l'Ospedale S. Anna sia coordinare il progetto con i futuri collegamenti con tutti gli ospedali della provincia, coi distretti, con nuclei di Cure primarie e la medicina del territorio in generale.
- Il progetto ha ricevuto un ricono-

scimento da parte della Regione Emilia Romagna essendo stato selezionato fra i progetti per l'innovazione tecnologica (Progetti di Modernizzazione previsti dal Piano Sanitario Regionale) cofinanziati dalla Regione stessa.

L'iniziativa è stata presentata ed ha ottenuto il patrocinio

- della Società Italiana di Cardiologia dello sport (SIC sport),
- della Società Italiana di Cardiologia Invasiva-Gruppo Italiano per gli Studi emodinamici (SICIGISE) e
- della Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

Ci attendiamo di poter dimostrare che un moderno sistema di workflow concepito per la gestione globale di una struttura cardiologica può essere realmente reso operativo interfacciando le strumentazioni già esistenti ed utilizzando l'anagrafica dei pazienti già esistente negli ospedali.

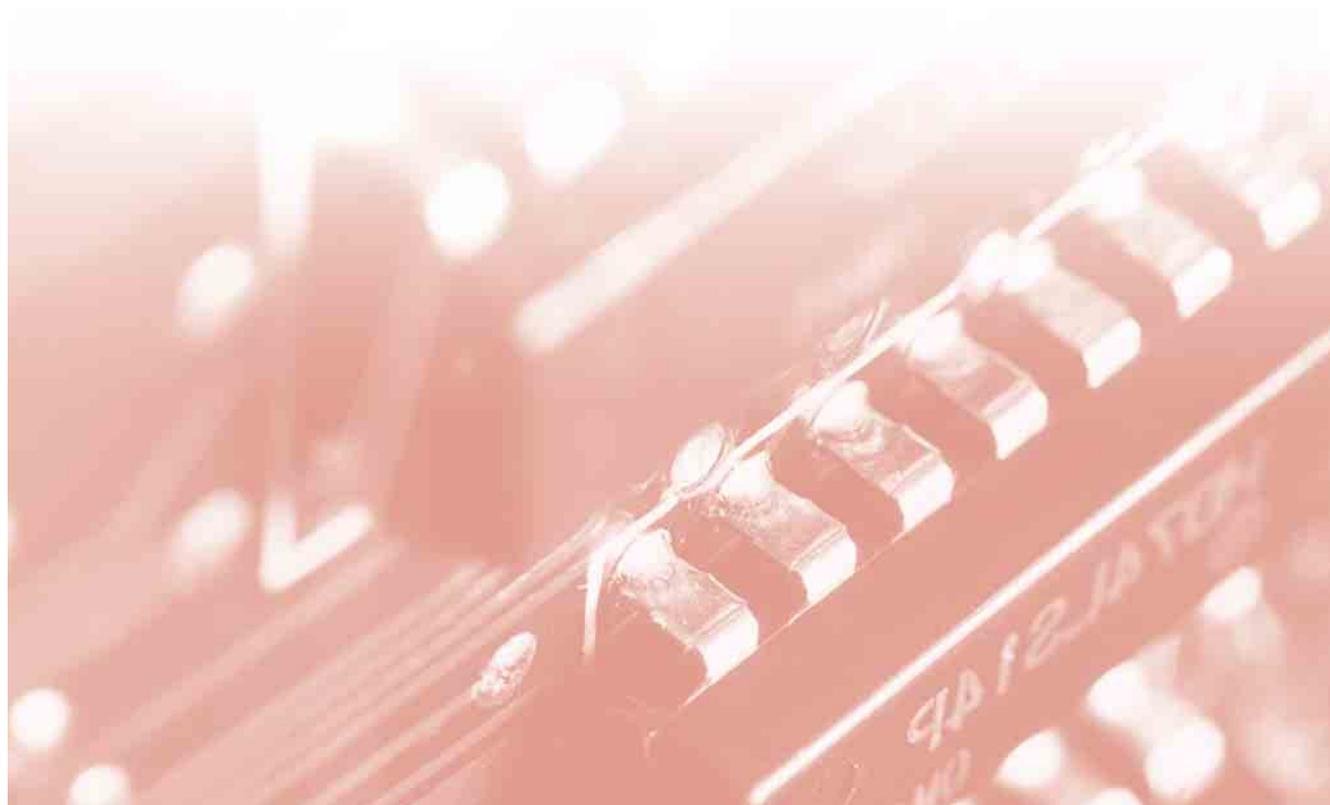
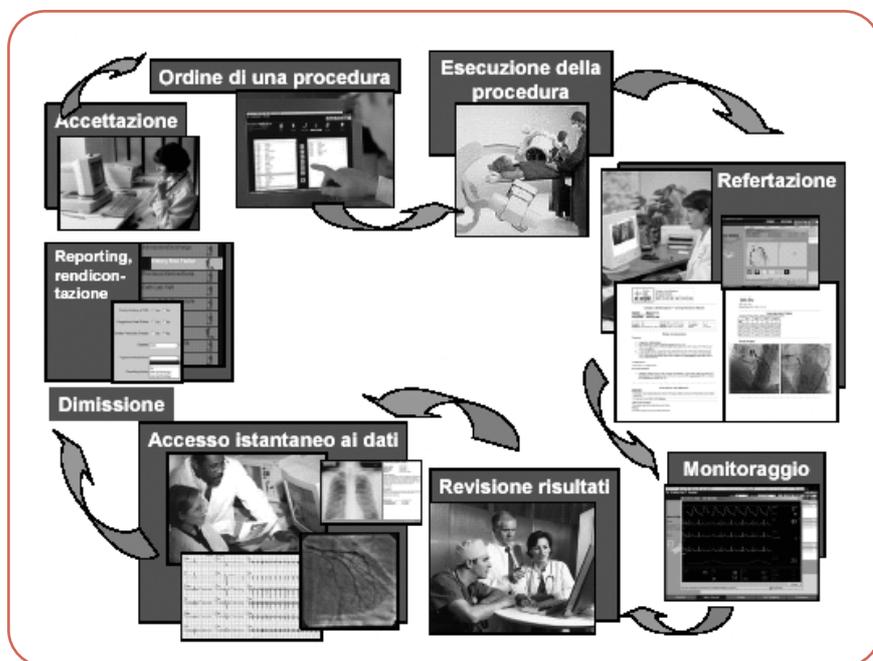
Per i reparti cardiologici ciò dovrà tradursi in una disponibilità immediata di tutte le indagini eseguite dal paziente, disponibilità che dovrà realizzarsi in ogni punto dell'Ospedale in cui sia disponibile un PC.

Altrettanto buone la trasferibilità su reparti che stiano affrontando il problema dei collegamenti tra cardiologia e cardiocirurgie di riferimento.

Fasi del progetto

- 1) Informatizzazione dell'accettazione ambulatoriale
- 2) Individuazione della soluzione
- 3) Installazione hw e sw applicativo
- 4) Parametrizzazione del sistema e messa a punto delle interfacce verso la strumentazione e verso i sistemi di accettazione dei pazienti ricoverati e ambu-

- latoriali
- 5) Formazione del personale
 - 6) Avvio del sistema per le funzionalità di refertazione e memorizzazione immagini per le prestazioni di II° livello - Sostituzione applicativo esistente
 - 7) Interfacciamento con Sistema Informativo Ospedaliero e sistemi dipartimentali (LIS/RIS)
 - 8) Inoltro e ricezione delle richieste di prestazioni sanitarie attraverso il nuovo sistema
 - 9) Definizione e parametrizzazione dei principali protocolli terapeutici
 - 10) Avvio della cartella clinica
 - 11) Estensione del progetto alla Struttura di Cardiologia presso l'Ospedale di Castelnuovo Monti
 - 12) Definizione e implementazione di protocolli condivisi con le altre Strutture cardiologiche degli ospedali provinciali
 - 13) Condivisione dei dati clinici con le altre Strutture della provincia



Risk management: processi assistenziali a “prova di errore”

A cura di:

Marzia Prandi

Referente Formazione - Servizio Infermieristico e Tecnico

“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...La Qualità non è una sostanza e non è nemmeno un metodo. E' esterna ad entrambi. Se si costruisce una casa usando il metodo del filo a piombo e della livella, è perché una parte dritta ha meno probabilità di crollare e pertanto ha una Qualità più elevata di una inclinata. ...La Qualità è il fine cui il metodo volge”

Lo Zen e l'arte della manutenzione della motocicletta - R.M. Pirsig

Nelle due giornate del 20 e 25 febbraio 2004, si è realizzato il Corso di formazione “Risk management”, organizzato dal Servizio Infermieristico e Tecnico, rivolto ai coordinatori infermieristici e tecnici dell'Azienda. Il corso rientra nel progetto biennale di implementazione di un modello organizzativo infermieristico e tecnico per il risk management.

La direzione del SIT ha scelto di coinvolgere in questo progetto la D.D.S.I. Annita Caminati, Responsabile dell'Area Governo Assistenziale-Risk Management dell'Azienda USL di Cesena, vista l'esperienza particolarmente significativa che i colleghi di questa Azienda sta realizzando proprio nella direzione della gestione del rischio.

Applicare una metodologia di gestione del rischio, significa pensare a processi clinico-assistenziali a “prova di errore”. Significa optare per

scelte strategiche ed organizzative che inducano tutti i livelli professionali verso un atteggiamento proattivo nei confronti degli errori umani.

Il Risk management indaga aspetti inerenti la qualità e l'appropriatezza delle cure, tenta di individuare elementi che possono rappresentare potenziali rischi, registrarli e monitorarli al fine di quantificarli, classificarli in base alla rilevanza del rischio e della sua prevedibilità. Come si può notare il percorso del risk management è inserito nell'organizzazione funzionale dedicata alla gestione del sistema qualità e dei processi di accreditamento.

Ecco alcune slide presentate dalla docente che possono offrire qualche spunto di riflessione.

D.D.S.I. Annita Caminati



CORSO DI FORMAZIONE
PROGETTO “RISK MANAGEMENT”



RISK MANAGEMENT, gestire il rischio
clinico assistenziale in ambito sanitario

A cura di: D.D.S.I. Annita Caminati

Reggio Emilia, Febbraio 2004

COS'E' IL RISK MANAGEMENT

E' UNA SPECIFICA FUNZIONE CHE FORNISCE
Una risposta organizzata in tema di qualità

Attività continua e coordinata di identificazione
degli errori e dei rischi di errore

Prevenzione degli errori e dei danni da eventi

myersi
Reggio Emilia,
Febbraio 2004 Settore di rischio clinico ospedaliero in ambito sanitario
D.O.S.I. Azienda Ospedaliera

Perché il risk management in ambito sanitario?

RIDOTTA CONSAPEVOLEZZA E PERCEZIONE DEI RISCHI

SITUAZIONI DI RISCHIO IN GRADO DI DETERMINARE
GRAVI SOFFERENZE ALLA PERSONA ASSISTITA
DANNI ECONOMICI ALL'AZIENDA

GRAN PARTE DEI RISCHI SONO PREVEDIBILI E
PREVENIBILI

Reggio Emilia,
Febbraio 2004 Settore di rischio clinico ospedaliero in ambito sanitario
D.O.S.I. Azienda Ospedaliera

**RISK MANAGEMENT:
Quanti sono gli eventi avversi?**

LA PROPORZIONE DI HENRICH

Reggio Emilia,
Febbraio 2004 Settore di rischio clinico ospedaliero in ambito sanitario
D.O.S.I. Azienda Ospedaliera

TIENI PRESENTE CHE ALLA BASE DI UN ERRORE.....

Quasi mai vi è una sola causa, un solo colpevole

Forte interazione fra fattori umani, tecnologici ed organizzativi

"l'errore è umano"

Reggio Emilia,
Febbraio 2004 Settore di rischio clinico ospedaliero in ambito sanitario
D.O.S.I. Azienda Ospedaliera

IMPARARE DALL'ERRORE PER ANTICIPARE L'ERRORE

l'errore è il risultato di una interazione tra difetti

Reggio Emilia,
Febbraio 2004 Settore di rischio clinico ospedaliero in ambito sanitario
D.O.S.I. Azienda Ospedaliera

STRATEGIE D'INTERVENTO PER LA GESTIONE DELL'ERRORE

- "Approfittare" dell'errore
- Promuovere la riflessione all'interno del gruppo
- Analisi approfondita delle possibili cause
- Identificare le soluzioni al fine di evitare che l'errore si ripeta

Reggio Emilia,
Febbraio 2004 Settore di rischio clinico ospedaliero in ambito sanitario
D.O.S.I. Azienda Ospedaliera

RISK MANAGEMENT

"...riconoscere gli errori e correggerli il più presto possibile, prima che facciano troppo danno. L'unico peccato imperdonabile è nascondere un'errore."

K.R. Popper

"Tolleranza e responsabilità intellettuale"

Reggio Emilia,
Febbraio 2004 Settore di rischio clinico ospedaliero in ambito sanitario
D.O.S.I. Azienda Ospedaliera



Dal mese di aprile avrà inizio la seconda parte del progetto rivolta ai professional. Poiché l'obiettivo è diffondere il più possibile la cultura e la metodologia del Risk management, verrà coinvolto un buon numero di operatori delle diverse professionalità.

ASSESSMENT FIM (Functional Independence Measure): una scala di valutazione per la Riabilitazione



A cura di: **Sandra Comastri Infermiera U.O. Recupero e Rieducazione Funzionale**
Roberto Giorgini Infermiere U.O. Recupero e Rieducazione Funzionale
Dott.ssa Donatella Proccichiani U.O. Recupero e Rieducazione Funzionale

Il lavoro infermieristico in una U.O. di riabilitazione è profondamente diverso dal lavoro in un reparto per acuti.

Il nostro obiettivo è il recupero delle abilità necessarie per le attività personali della vita quotidiana. Il paziente viene stimolato continuamente alla massima collaborazione, lo spazio ed il tempo sono organizzati con questo scopo.

I pazienti vengono alzati ogni mattina, a turno vanno in palestra per il trattamento riabilitativo, mangiano seduti al tavolo, vengono messi a letto per il riposo post-prandiale.

Nel primo pomeriggio sono alzati di nuovo, alcuni per il lavoro in palestra, altri per ricevere le visite, altri per guardare la TV. Cenano seduti al tavolo, poi tornano a letto.

Il ritmo di vita deve essere lo stesso che avranno a casa.

Le infermiere svolgono una parte importante del programma riabilitativo, in modo da raggiungere le tre ore di trattamento previste dalle linee guida ministeriali.

In particolare, si occupano dell'addestramento per le attività di cura della persona, e del nursing uro-riabilitativo. L'evacuazione dell'alvo avviene secondo i ritmi fisiologici e con l'aiuto di lassativi, raramente si ricorre al clistere. Le infermiere assistono i pazienti nel trasferimento letto-carrozzina, li accompagnano in bagno, li aiutano ad alzarsi e sedersi sul WC. Lavorano anche sul versante cognitivo, stimolando l'attenzione, la memoria, la comunicazione verbale e le relazioni interpersonali.

Da ultimo ricordiamo la partecipazione al team interprofessionale, per valutare la disabilità all'ingresso e alla dimissione, preparare i progetti ed i programmi riabilitativi, scambiare informazioni, trovare strategie per fronteggiare le situazioni più complesse.

Da anni utilizziamo la *FIM (Functional Independence Measure)* per valutare la disabilità funzionale dei pazienti all'ingresso, all'uscita e per monitorare l'andamento del recupero durante la terapia riabilitativa.

I risultati sono inviati ad una banca dati nazionale che li confronta con quelli del resto d'Italia.

La FIM è una scala di misura della indipendenza funzionale ampiamente utilizzata nelle degenze riabilitative degli Stati Uniti, dove è considerata molto utile anche per qualificare il carico di lavoro infermieristico.

La FIM non è fatta per misurare quello che il soggetto dovrebbe fare, o potrebbe fare, se alcune circostanze cambiassero. Ad esempio, tutti sappiamo che un paziente depresso potrebbe fare molte più cose di quelle che realmente fa. In questo caso tuttavia il soggetto dovrà essere valutato per ciò che fa effettivamente. Il criterio più conveniente per mi-

surare la disabilità è quello di calcolare il grado di dipendenza del paziente nelle varie attività e non la qualità delle sue prestazioni. Non si misura quanto bene il paziente esegue una certa attività, ma di quanta assistenza ha bisogno per compierla. Ad esempio, un paziente che cammini lentamente con una vistosa zoppia e ciò nonostante sia autonomo, conseguirà punteggi superiori a quello che si meriterebbe se valutassimo la velocità di marcia e la simmetria tra le escursioni articolare del lato destro e sinistro. La misura di disabilità nelle attività personali della vita quotidiana (ADL: activities of daily living) è un indice fondamentale per valutare l'efficacia e l'efficienza del ricovero.

Il grado di autosufficienza non solo riflette il complesso dei miglioramenti clinici, ma è anche un importante fattore predittivo del costo socio-assistenziale del paziente, della durata della degenza, della possibilità che il paziente rientri a domicilio o venga trasferito in altre strutture, della sua soddisfazione per la qualità della vita. Per esempio in una popolazione di emiplegici mi aspetterò che l'autonomia del controllo sfinterico preceda il recupero dell'autonomia nella locomozione. Nei paraplegici, al contrario, l'autonomia nella locomozione in carrozzina può essere raggiunta indipendentemen-

te dai miglioramenti nell'autonomia del controllo sfinterico. Il punteggio FIM è un indice generale di gravità della disabilità e varia durante il trattamento riabilitativo, motivo per cui le variazioni del punteggio FIM possono essere considerate indici dell'effetto della terapia riabilitativa. Si possono confrontare i propri dati FIM con i dati nazionali: tempi medi di degenza a parità di patologia e punteggi FIM al momento del ricovero e della dimissione.

ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO

La scala FIM viene utilizzata entro 48 ore dal ricovero del paziente. Lo strumento richiede la valutazione integrata da parte dell'infermiere, del fisioterapista, dell'OTA che insieme, al letto del paziente, formulano i punteggi. Dopodiché questa prima valutazione viene discussa con il team che, oltre alle figure professionali prima citate, comprende il fisiatra e la logoterapista. A partire dalla valutazione iniziale attraverso la scala FIM, il team professionale formula gli obiettivi riabilitativi da verificare ogni quindici giorni.

E' molto importante leggere con attenzione la definizione delle varie voci della scala FIM prima di iniziare ad usarla. Nel valutare il soggetto bisogna concentrarsi su ciascuna specifica voce indipendentemente dalle altre. Per esempio, quando si assegna un punteggio al controllo sfinterico non bisogna farsi influenzare da considerazioni sul livello di autosufficienza nel recarsi in bagno o nell'utilizzare il WC. Queste informazioni verranno censite nella valutazione della capacità di trasferimento. Analogamente, la valutazione della cura del viso non deve risentire della capacità di accedere al lavandino. Quando si deve attri-

Nome _____

Programmazione FIM quindicinale

| DATA | INSERIRE IN OGNI COLONNA UN PUNTEGGIO FIM DA 1 A 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------|-----|
| | Team | OT | LT | Team | OBT |
| NUTRIRSI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RASSETTARSI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LAVARSI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VESTIRSI VITA IN SU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VESTIRSI VITA IN GIU' | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IGIENE PERINEALE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VESCICA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ALVO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRASF. LETTO SEDIA CARR. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRASF. WC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRASF. VASCA-DOCCIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAMMINO-CARROZZINA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SCALE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMPRESIONE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESPRESSIONE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RAPPORTI CON ALTRI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOLUZIONE PROBLEMI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MEMORIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* la presente programmazione dovrà essere compilata tutte le mattine escluse le domenich

buire un punteggio ad una voce, bisogna sapere se la completa autosufficienza richiede che siano eseguite tutte le attività previste dalla definizione della voce stessa, oppure se è sufficiente che il soggetto ne segua alcune. Per esempio, la voce rassettersi include lavarsi i denti, pettinarsi, lavarsi mani e faccia, e radersi o truccarsi il viso. La voce comunicazione comprende la comprensione di comunicazione percepita per via uditiva o visiva. Ciascuna definizione sottende che il soggetto sia in grado di svolgere

le attività descritte in condizioni di ragionevole sicurezza. Il soggetto correrebbe dei rischi nel compiere l'attività da valutare? In tal caso il punteggio sarà 1. Ciascuna delle 18 voci della FIM può ottenere un punteggio massimo di 7 e un punteggio minimo di 1. Non è previsto che una voce non sia misurabile, tutte le voci devono ricevere un punteggio. Il punteggio totale può variare tra 126 e 18. Qualora i punteggi FIM si rivelino superiori quando le misure sono eseguite in palestra rispetto ai



punteggi ottenibili in reparto, si deve registrare il punteggio inferiore. Ciò perchè il paziente rivela di non padroneggiare a sufficienza l'attività in questione, oppure perchè troppo esauribile o non motivato per trasferire nella vita quotidiana il risultato ottenuto durante il trattamento. Si deve registrare il punteggio inferiore, perchè questo deve indicare ciò che il paziente è capace di effettuare in condizioni abituali. Nell'incertezza tra 2 punteggi si sceglie sempre il più basso.

Autosufficienza: 7-6: soggetto autosufficiente, non ha bisogno di persone vicino.

7: situazione normale.

6: autonomo con adattamenti, necessita di adattamenti ambientali, ausili, precauzioni per evitare rischi, un tempo più lungo (triplo).

Non autosufficienza: 5-1: necessita dell'aiuto di una o più persone.

5: nessun contatto fisico con l'assistente, sono necessari soltanto suggerimenti e sorveglianza, l'assistente si limita a predisporre o adattare favorevolmente l'ambiente, senza il minimo contatto fisico

con il paziente.

4-1: c'è contatto fisico con l'assistente

4: il contatto con l'assistente è minimo

3: c'è maggiore contatto fisico, oppure il paziente fa metà del lavoro, o per metà del tempo

2: il soggetto produce meno di metà del lavoro e/o per meno del tempo.

1: il soggetto segue meno del 25% del lavoro, o sono necessarie due

assistenti (insieme o in sequenza), o il soggetto si rifiuta, o è impedito dall'organizzazione per motivi di sicurezza o perchè mancano gli strumenti (vasca da bagno, doccia, scale...).

L'IMPORTANZA DELL'USO DELLA SCALA FIM NELL'ESPERIENZA DEGLI INFERMIERI DELL'RRF

Da circa dieci anni utilizziamo quotidianamente la scala FIM per tutti i degenti ricoverati presso la nostra Unità Operativa. Ciò comporta un'impegno di circa 40 minuti per la prima valutazione al letto del paziente, successivamente la valutazione giornaliera attraverso la scala richiede un tempo di pochi minuti per ogni paziente.

L'utilizzo della scala ha fortemente accomunato le attività fra le varie figure professionali; in particolare, ogni professionista non lavora per compiti o mansioni distaccate ma vi è un'integrazione delle attività, un quotidiano confronto ed un lavoro di interazione che tiene in considerazione tutti i bisogni del paziente visti ed affrontati dalle diverse figure professionali con l'unico obiettivo di un lavoro di



Nome _____ Cognome _____

Programmazione FIM quindicinale

| DATA | 13-02 | 14-02 | 16-02 | 17-02 | 18-02 | 19-02 | 20-02 | 21-02 | 23-02 | 24-02 | 25-02 | 26-02 | | | N° letto 15 | CHI FA CHE COSA | | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-----|-----------------------|--------------------|------|-----|
| | 04 | 04 | 04 | 04 | 04 | 04 | 04 | 04 | 04 | 04 | 04 | 04 | Team | OBT | | | | |
| INSERIRE IN OGNI COLONNA UN PUNTEGGIO FIM DA 1 A 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | OT | LT | OT | LT | OT | LT | Team | OBT |
| NUTRIRSI | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| RASSETTARSI | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 6-7 |
| LAVARSI | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3-2 |
| VESTIRSI VITA IN SU | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4-5 |
| VESTIRSI VITA IN GIU' | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4-5 |
| IGIENE PERINEALE | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 |
| VESCICA | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| ALVO | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6-7 |
| TRASF. LETTO SEDIA CARR. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 1 |
| TRASF. WC | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 |
| TRASF. VASCA- DOCCIA | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 |
| CAMMINO- CARROZZINA | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 |
| SCALE | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 |
| COMPRESIONE | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| ESPRESSIONE | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| RAPPORTI CON ALTRI | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6-7 |
| SOLUZIONE PROBLEMI | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6-7 |
| MEMORIA | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| <i>Firma</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* la presente programmazione dovrà essere compilata tutte le mattine escluse le domeniche

team atto a ridurre/eliminare le disabilità funzionali del paziente. L'uso della FIM stimola a lavorare con fisioterapisti, logoterapisti, fisiatra, infermieri, ota ed è in grado di accomunare queste diverse figure per migliorare il processo riabilitativo.

Per ulteriori informazioni inerenti l'utilizzo della Scala FIM rivolgersi a Raffaella Catellani, infermiera del Reparto Recupero e Rieducazione Funzionale.



Ring 14

A cura di:
Stefania Azzali
 Presidente Ring 14

Nel Maggio 2002 si è costituita in Reggio Emilia l'associazione di volontariato ONLUS "Associazione Internazionale RING14 per la ricerca sulle malattie neurogenetiche rare", nata per volontà di un gruppo di famiglie con bambini portatori della sindrome RING 14 o la delezione del cromosoma 14, con l'obiettivo di aiutare tutte le famiglie con bambini portatori di questa sindrome e nel contempo promulgare e finanziare la ricerca medica e scientifica su questa rara patologia.

Attualmente, infatti, non esistono associazioni che si occupino di tale patologia e per i genitori di questi bambini, lo scambio d'esperienze e d'informazioni, è molto difficoltoso.

Essere genitori di un bambino con una malattia rara è molto difficile: oltre ad occuparci di tutti i problemi legati alla sintomatologia della malattia, e combattere quotidianamente con situazioni spesso di emergenza, abbiamo difficoltà a trovare qualcuno che ci possa dire con esattezza cosa succederà, quali sono le cure migliori, quali sono le analisi da effettuare, come potrà svilupparsi il nostro bambino e che qualità di vita potrà avere. Le persone portatrici di questa sindrome cromosomica,

le loro famiglie, i medici che seguono questi pazienti, attualmente hanno solo pochi strumenti in grado di fornire loro informazioni complete ed esaustive su tutti i possibili sintomi che tale patologia porta con sé, né sulle terapie più idonee a curarli.

All'interno della nostra Associazione, opera un *Comitato Medico Scientifico* formato da professionisti seri, che hanno dato la loro disponibilità a collaborare con noi ed hanno aderito ai nostri progetti futuri. Ne fanno parte, attualmente:

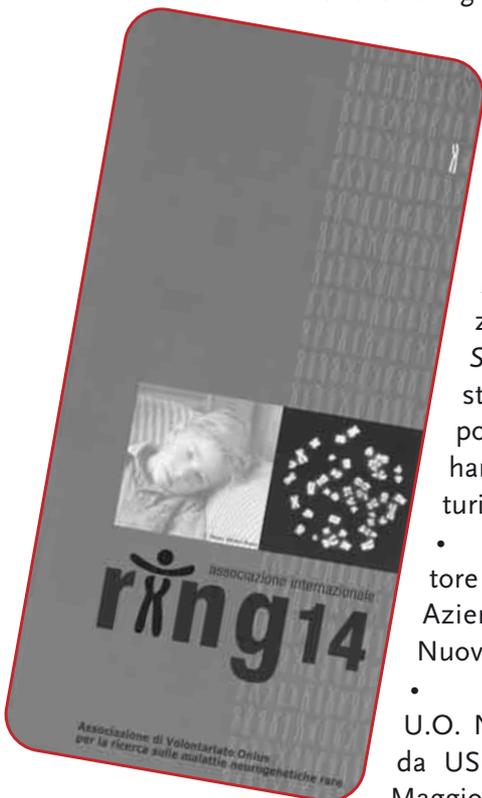
- *Dott. Elvio Della Giustina* Direttore U.O. Neuropsichiatria Infantile Azienda Arcispedale Santa Maria Nuova Reggio Emilia
- *Dott. Giuseppe Gobbi* Direttore U.O. Neuropsichiatria Infantile Azienda USL Città di Bologna Ospedale Maggiore "Pizzardi" Bologna



- *Prof. Giovanni Neri* Direttore Istituto Genetica Medica Università Cattolica Sacro Cuore Roma
- *Dott. Antonino Romeo* Direttore Centro Regionale per l'Epilessia dell'età evolutiva Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico Milano.

Il RING14 è una malattia neurogenetica rara che porta con sé sintomi principalmente di tipo neurologico. L'epilessia precoce, il ritardo motorio e mentale, le alterazioni di sviluppo del linguaggio, le anomalie retiniche, ne costituiscono i principali segni e sintomi neurologici. Ma si aggiungono al quadro clinico anche aspetti extraneurologici dal disturbo cardiaco, a quello gastroesofageo e intestinale, al linfedema, al rischio infettivo per disturbi immunologici, soprattutto una frequente ipogammaglobulinemia.

La possibilità che i segni e sintomi neurologici siano connessi e comportino meccanismi determinanti comuni costituisce stimolo a tentarne lo studio mediato dalla ricer-



ca in campo genetico-molecolare, neurofisiologico, neuroradiologico. I Centri di cui i componenti il Comitato Scientifico sono responsabili si stanno muovendo proprio in questa direzione, sulla traccia di progetti distinti ma collegati fra loro, e approvati e sostenuti dal Comitato Direttivo della Associazione. Le competenze, fra loro complementari, dei Centri in questione, infatti, consentono un approccio multidisciplinare e, in qualche misura, globale al problema.

L'indagine genetica ed eventualmente molecolare, lo studio clinico e elettro-neurofisiologico dell'epilessia, integrato con quello delle funzioni corticali superiori, l'applicazione di neuroimmagini funzionali, tutto mira alla miglior conoscenza della/e malattia/e e a individuare le più concrete e utili applicazioni pratiche.

L'Associazione sostiene con il massimo impegno e supporta i progetti condivisi del Comitato Scientifico. Questo avviene con la programmazione di Dottorati di Ricerca, che giovani medici potranno utilizzare nelle sedi ospedaliere e universitarie del Comitato Scientifico e in Centri stranieri di provata competenza, e nella progettazione di istituzione di Borse di Studio, sempre finalizzate all'implementazione della ricerca scientifica e alla costituzione di una preziosa banca-dati sulla malattia RING 14.

Già nel mese di Marzo si sono concretizzati due importanti risultati: il primo con la donazione alla U.O. di Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia di un apparecchio di registrazione di potenziali evocati, elettroencefalografia ed elet-

tromiografia, che servirà a meglio comprendere l'eventuale ruolo neuromuscolare nella patogenesi dell'ipotonia e del ritardo motorio, oltre che la responsabilità dei canali sensoriali in quella del ritardo di linguaggio e delle difficoltà di comunicazione con il mondo circostante.

Il secondo è la partenza di un dottorato di ricerca triennale nel campo genetico-molecolare, appoggiato all'Università Cattolica del Sacro Cuore, Prof. Neri.

La nostra associazione, dunque, unica al mondo per questa particolare malattia, rappresenta la concretizzazione e la condivisione dell'impegno materiale ed affettivo che ogni giorno approfondiamo nella cura dei nostri bambini, nella speranza che la nostra esperienza possa portare frutti ed essere utile anche ad altri.



Da sinistra a destra:

Sig.ra Stefania Azzali - Presidente Ring 14

Dott. Elvio Della Giustina - Direttore U.O. Neuropsichiatria Infantile

Dr. Leonida Grisendi - Direttore Generale ASMN

Sig. Giancarlo Bonetti - Presidente Coordinamento Prov.le Centri Sociali Anziani

Dott.ssa Iva Manghi - Direttore Sanitario ASMN



Apparecchio donato

Il sito web del Servizio di Informazione e Documentazione Scientifica sul Farmaco

A cura di:

Dott.ssa Daniela Zanfi

Servizio Informazione e Documentazione Scientifica della Farmacie Comunali Riunite

La convenzione tra l'Azienda Ospedaliera ASMN e l'Azienda FCR, oltre a garantire a tutti i sanitari della nostra struttura la pubblicazione bimestrale "Informazione sui Farmaci", copie degli articoli delle riviste pervenute al SIDS (Servizio di Informazione e Documentazione Scientifica) delle FCR ed attività di consulenza scientifica, ci permette di usufruire di un nuovo strumento di grande utilità, illustrato nel dettaglio nell'articolo della dr.ssa Zanfi. Si tratta del sito internet www.informazionisuifarmaci.it collegandosi al quale, oltre a poter consultare online tutti i numeri della rivista utilizzando la password assegnata, è possibile accedere a notizie scientifiche di attualità, consultare le principali interazioni tra farmaci, avere informazioni sulla compatibilità fra farmaci e soluzioni infusionali e accedere a schede profilo-attività di molti principi attivi. Data la completezza e la qualità delle informazioni fornite, tale sito costituisce un valido strumento per tutti i sanitari.

*Dott.ssa Lidia Fares
Farmacia*



La ristrutturazione del sito web delle Farmacie Comunali Riunite è stata l'occasione per la nascita di www.Informazionisuifarmaci.it, il nuovo sito del Servizio di Informazione e Documentazione Scientifica (SIDS) che ha ora una

sua vita autonoma rispetto a quello aziendale.

Il sito ha lo stesso nome della rivista che da oltre 25 anni è il perno attorno a cui ruota tutta l'attività del Servizio stesso: Informazioni sui Farmaci, la prima rivista indipendente nata nel nostro paese, una pubblicazione che rappresenta un punto di riferimento autorevole e riconosciuto a livello nazionale.

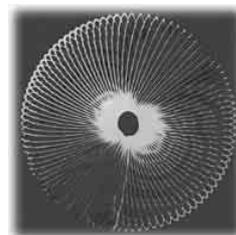
Il sito si sviluppa in modo parallelo e complementare alle tradizionali rubriche fisse della rivista cartacea ampliando l'offerta di informazioni di cui i "navigatori" possono usufruire rispetto ai tradizionali lettori della rivista: nel sito infatti è possibile trovare, oltre alla versione integrale della rivista, con tutti gli arretrati dal 1999, altre importanti sezioni.



Fra le più interessanti vi è sicuramente quella che presenta i profili critici dei farmaci redatti dallo staff del Servizio, denominata "La Bussola" proprio perché vuole rappresentare un aiuto per

orientarsi nel mondo dei farmaci. L'indipendenza del Servizio garantisce una valutazione obiettiva dei farmaci sulla base alle conoscenze disponibili.

La sezione dedicata alle interazioni riporta le principali interazioni fra farmaci no-



te e clinicamente significative. Poiché l'argomento è tanto vasto ed è in continua espansione sia sul piano delle conoscenze dei meccanismi che determinano le interazioni, sia per la comparsa sul mercato di farmaci sempre nuovi, la sezione non può ritenersi esaustiva: si tratta anzi di una sezione che viene costantemente ampliata e aggiornata con l'inserimento di nuovi principi attivi e nuove interazioni.

Anche la compatibilità dei farmaci con le soluzioni infusionali è un problema complesso: all'esiguità delle informazioni disponibili si contrappone a volte un empirismo legato più all'esperienza che alla conoscenza. Per questo si è deciso di dedicarvi una apposita sezione in cui è possibile ricercare dati relativi alla compatibilità con le più comuni soluzioni infusionali dei farmaci più diffusamente impiegati per questa via di somministrazione nonché i dati relativi alla

stabilità delle varie soluzioni. Nella sezione dedicata alla legislazione sono raccolte le principali norme di interesse per il farmacista nell'esercizio della sua professione e il medico vi potrà trovare un utile vademecum per la corretta compilazione dei diversi tipi di ricette.



Nel campo dei farmaci, e della salute in genere, caratterizzato sempre più dal moltiplicarsi di notizie sovente non controllate, a volte contraddittorie, e da proposte suggestive dettate spesso più da ragioni commerciali che sanitarie, la disponibilità di informazioni corrette e affidabili e svincolate da secondi fini è diventata indispensabile per orientarsi non solo per il medico ma anche per i cittadini. Si è pensato perciò anche ad una sezione di informazioni dedicate a lettori non esperti. Oltre ad essere la collocazione naturale per i tradizionali opuscoli di educazione sanitaria che vengono regolarmente distribuiti attraverso le farmacie della città, questa sezione raccoglie brevi articoli su argomenti scelti fra quelli che possono interessare il maggior numero di persone.

Nella redazione di questi testi viene mantenuto il rigore scientifico che connota tutte le altre parti del sito pur cercando tuttavia di adottare un linguaggio semplice che faciliti la comprensione di quei lettori che cercano in Internet informazioni per una maggiore autonomia nella gestione della propria malattia. Infine, per numerosi principi attivi sono state elaborate dalla redazione delle brevi schede profilo, a guisa di foglietti illustra-

tivi alternativi per un corretto uso del farmaco.



consultare tutte le sue opzioni è riservata ai soli abbonati alla versione cartacea, previa assegnazione di una password. In virtù della convenzione che l'Arcispedale S. Maria e la AUSL hanno stipulato con il SIDS, tutti i medici che ricevono "Informazioni sui Farmaci" potranno usufruire delle condizioni di accessibilità al sito riservate agli abbonati utilizzando la password assegnata alle due aziende. La password consente la lettura integrale di tutti i documenti presenti nel sito. Solo agli utenti in possesso di password inoltre è possibile, attraverso il sito, contattare il servizio per porre quesiti riguardanti farmaci o problemi clinici, nonché richiedere al servizio ricerche bibliografiche su farmaci e terapie (es. impieghi terapeutici, dosaggi, effetti indesiderati, controindicazioni, interazioni, uso in gravidanza).

Per fare informazione obiettiva e di buona qualità occorre una caratteristica essenziale: l'affidabilità. Per chi si occupa di farmaci e di terapie essere affidabili significa essere rigorosi in ciò che si scrive, significa distinguere i fatti dalle ipotesi, distinguere ciò su cui vi è consenso generale da ciò che non lo ha ancora ricevuto. Essere affidabili significa anche essere indipendenti, soprattutto dall'industria farmaceutica quindi dalla pubblicità. Una informazione di buona qualità deve inoltre ricercare i propri obiettivi nella vita professionale dei lettori, fornendo delle risposte chiare e inequivoca-

“Informazioni sui farmaci” è in larga parte accessibile liberamente ma la possibilità di

bili, aiutandoli a scegliere con dati di confronto. Queste caratteristiche che hanno da sempre connotato l'attività editoriale del SIDS sono le stesse che si è cercato di portare nel realizzare il sito e che ci si impegna a mantenere nella sua implementazione.

Saremo lieti di accogliere osservazioni o suggerimenti che possano contribuire a migliorare ciò che è stato fatto, per renderlo sempre più rispondente alle esigenze degli utilizzatori.

Pubblicazione a stampa del personale infermieristico e tecnico - anni 2002/2003

A cura di:
Dott.ssa Rita Iori Responsabile Biblioteca ASMN

L'obiettivo universalmente accettato dell'infermieristica è quello di fare in modo che la popolazione sia il più possibile sana.

E' evidente che per essere in grado di assicurare questo ruolo è importante la conoscenza, lo studio continuo e il confronto.

Produrre e utilizzare conoscenza scientifica serve per dare risposte efficaci ai pazienti e per avvalorare sempre di più i contenuti della disciplina infermieristica nella presa in carico delle persone da assistere.

Ci preme pertanto segnalare le pubblicazioni uscite a stampa tra il 2002 e il 2003 del personale infermieristico e tecnico dell'Azienda e trasmesse alla Biblioteca Medica per la loro conservazione e fruizione.

CONTRIBUTI PRESENTI ALL'INTERNO DI PUBBLICAZIONI PERIODICHE

ARTIOLI G.

La ricerca per lo sviluppo professionale. // In : Atti del XXIV° Congresso Nazionale della Società Italiana di Cardiologia Invasiva, Genova, 15-18 ottobre 2003. - [S.l. : s.n.], 2003

ARTIOLI G, AMADUCCI G, TROPEA S, CHIESSI L.

Può la fenomenologia dare un supporto teorico al Nursing?
Int Nurs Persp 2003;3(1):28-36.

ARTIOLI G, BRAGLIA R, COPELLI P...[et al.]

La qualità del sonno negli anziani istituzionalizzati.
Int Nurs Persp 2002;2(2):79-86.

ARTIOLI G, CAMELLINI R, GASPARINI F, BALLABENI A, BONI B, DAZZI
Formazione infermieristica: aspetti predittivi di performance del Big Five Questionnaire.

ARTIOLI G, FINOTTO S, CHIESI I, BIGI E.

Quali criteri utilizzano gli infermieri nella scelta delle sedi delle iniezioni intramuscolari : consuetudine o evidenza scientifica?
Professioni infermieristiche 2002;4:218-223

ARTIOLI G, MONTANARI R, SAFFIOTI A.

Lo sviluppo di strategie relazionali nell' assistenza infermieristica.
Nursing Oggi 2002;3:36-40

DI GIULIO P, ARTIOLI G, BOGGIO C, DIMONTE V, MOTTA P, PALESE A, POMPONIO G, SAIANI L, RENGÀ G.

Modelli e strategie per la formazione alla ricerca nei corsi di laurea delle professioni sanitarie.

Medicina e Chirurgia 2003;21:823-826.

GOBBA F, ARTIOLI G, BERGOMI M, CAMELLINI R, COPELLI P, FERRARI F, MARTINELLI S, ROC-CATO L, VINCETI M.

La lombalgia nel personale infermieristico e la sua prevenzione : risultati preliminari.

G Ital Med Lav Erg 2003;25(3 Suppl.)

MALVONI O.

Infermieri protagonisti in un dipartimento chirurgico strutturato per intensità assistenziale.

Management infermieristico 2003;9(2):18-22.

TARINI C, ARTIOLI G, MELCHIONDA D, CELOTTI P, CAMELLINI R, VINCETI M, BERGOMI M.

Fattori di rischio della lombalgia in una popolazione infermieristica.

// In : Atti del 40° Congresso Nazionale della Società di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Cernobbio, 8-10 settembre 2002. - [S.l. : s.n.], 2002

PUBBLICAZIONI MONOGRAFICHE

CIPOLLA C, ARTIOLI G.

La professionalità del care infermieristico : risultati della prima indagine nazionale / a cura di Costantino Cipolla, Giovanna Artioli.

- Milano : FrancoAngeli, c 2003. - 295 p.

Alzati e cammina

A cura di:
Marina Rozzi Giornalista

È ormai tradizione che Padre Mario Cappucci, Parroco dell'Arcispedale Santa Maria Nuova, organizzi ogni anno nell'ambito delle manifestazioni della Giornata Mondiale del Malato, un convegno che richiami l'argomento proposto come spunto di riflessione: l'attualissimo tema dell'handicap, nelle sue varie accezioni, gli ha quindi ispirato lo stimolante titolo della manifestazione: "Alzati e cammina" che ha visto alternarsi relatori assai rappresentativi nel loro ambito specifico. "Il benvenuto è stato portato dal Direttore Generale dell'Arcispedale, Dott. "Leonida Grisendi che ha ricordato chi ha contribuito, in modo determinante, alla realizzazione del Convegno: la Diocesi di Reggio e Guastalla, l'Arcispedale, il Centro Italiano di Storia Ospedaliera che ha sede presso l'ospedale. Hanno offerto il loro sostegno la Fondazione Manodori e il Banco San Geminiano e San Prospero. Grisendi ha osservato come il tema costituisca una sintesi di quelli approfonditi nel corso degli ultimi cinque anni: malattia, speranza, solidarietà, accoglienza, relazione ed ora solidarietà nella situazione di disabilità. Ha sottolineato poi la felice intuizione di prevedere, nell'ambito della Giornata del Malato, un'occasione di incontro della comunità ospedaliera e di tutta la comunità cittadina su temi intorno ai quali si riflette sempre troppo poco. Il Moderatore On. Danilo Morini, presente in veste di Presidente del Centro Italiano di Storia Sanitaria Ospedaliera, ha lasciato a Padre Mario il compito di aprire i lavori. "Il frontespizio della locandina, che raffigura "L'implorante" di Camille Claudelle, è una immagine-sintesi efficacissima del dare e del ricevere, su uno sfondo pieno di luce, segno di amore e di vita. Amore, luce, vita e solidarietà che sono scopo dell'incontro". "L'integrazione del disabile" ha proseguito, "E' possibile solo in un clima di collaborazione e reciproca accettazione. Solo se le strutture portanti della società non vengono pensate per il vantaggio dei più, sarà possibile questa integrazione, per abbattere le barriere che rendono più difficili la vita dei disabili, da quelle architettoniche a quelle più gravi del pregiudizio. Bisogna ripensare l'uomo nella sua dimensione valoriale di persona, al di là di qualsiasi accidentalità socio-fisica. Il tema del convegno coinvolge sia le strutture che le associazioni che le persone singole". L'intervento del Dott. Valter Vezzosi, della Fondazione Manodori, ha evidenziato come la malattia, una delle tante condizioni di fragilità dell'uomo, sia estromessa dalla nostra storia, in una sorta di esorcismo che si compie nella frenesia dei ritmi di vita e di lavoro. "Oggi ci viene insegnato fin da piccoli ad essere produttivi, flessibili, ambiziosi ed efficienti" ha continuato, "La malattia può essere l'occasione di scoprire che nella vita esiste "un ulteriore", "il senso", "il sacro" e che abbiamo il dovere di occuparcene. Forza e debolezza non sono distinguibili nella vita dell'uomo, ma tra esse si realizza un equilibrio che ci fa guardare all'altro nella sua interezza e non in ciò che ci conviene. Tra chi aiuta e chi è aiutato si deve stabilire una relazione tale per cui i ruoli diventino quasi indistinguibili; in questo modo chi aiuta non corre il rischio di sentirsi un benefattore da ringraziare e chi è aiutato non sente il peso di alcuna umiliazione. Solo se la malattia verrà vissuta non come condanna ma come fatto che rientra nella vita di ognuno, potranno



generarsi speranze che, all'invito di alzarsi e camminare faranno rispondere "sì, lo desidero". La particolare attenzione che da sempre caratte-

rezza il Banco San Geminiano e San Prospero nel sostenere iniziative di solidarietà concreta nel campo della disabilità e della sofferenza è stata ricordata, con sensibile discrezione, dal Rag. Riccardo Simonini. "La speranza non muore" è il tema sviluppato dal Padre Camilliano Angelo Brusco, docente all'Istituto di Teologia pastorale della Salute di Roma e giornalista. "L'essere umano è intriso di speranza" ha osservato "Avverte continuamente il bisogno di trovare appoggio in qualcosa o in qualcuno, di attendere con fiducia il domani. Nel Pianeta chiamato handicap, dove fa esperienza delle proprie fragilità e insicurezze, l'uomo coniuga il verbo "sperare" nelle maniere più diverse, dandogli anche significati contrastanti poiché nei cuori abitano spesso confusamente vere e false speranze. Accanto a chi prega con il Salmo "Sei Tu Signore la mia speranza" vi è chi grida come Giobbe "La mia speranza come un albero hai sradicato". I portatori di handicap si aiutano fornendo loro una realistica fiducia nella risposta dell'altro alle proprie domande e ai propri bisogni; essi si sentono senza punti di riferimento sicuri; dalla fiducia che almeno gli altri mantengono il controllo della situazione, rinasce la sicurezza e la speranza di un futuro e anche la voglia di lottare". Particolarmente toccante è stata la testimonianza del Prof. Massimo Toschi, consiglie-

re del Presidente Regione Toscana per la pace, la collaborazione e i diritti umani, letta da un suo collaboratore. Colpito da poliomelite a undici anni, ha sempre accettato ogni sfida perché la posta in gioco era la realizzazione della propria vita. La consapevolezza che altri soffrivano anche più di lui lo aveva già portato a relativizzare il proprio dolore, ma è stato l'incontro con figure carismatiche come Don Dossetti o il Cardinale Lercaro ad avvicinarlo al tema evangelico della pace e della Chiesa dei poveri che è diventato il life motive della sua vita. "La malattia e l'handicap sono come una grande scuola dalla quale si impara la fatica dell'obbedienza alle urgenze della vita. Tutto questo insegna ad allargare lo sguardo e a collocare il volto di Dio nella pace e nei poveri che ne sono il segno concreto nella storia". La disabilità, quindi, non è più causa di allontanamento dalle grandi questioni del mondo, ma al contrario rende evidente che solo chi fa esperienza di un handicap può mettersi sulle strade del mondo per incontrare chi, a causa della povertà e della guerra, viene sfigurato nel cuore e nella vita. Da ciò il suo impegno di globe trotter sulle strade del dolore nel mondo. Prestanome delle vittime, "Disabile per la pace, perché l'unica forza che salva il mondo è la forza della mitezza che fa dei poveri i maestri della pace". La Dott.ssa Norina Marcello, Direttore della Divisione di Neurologia dell' Arcispedale, ha incentrato la sua relazione sulla patologia neuromuscolare, in particolare sul gruppo delle distrofie che ne costituisce il capitolo più importante per gravità, essendo invalidante per altre patologie; necessita di un percorso multidisciplinare che vede impegnati neuropsichiatra, neurologo, fisiatra, cardiologo, pneumologo, radiologo. E' un tipo di disabilità che evidenzia drammaticamente problemi di carattere etico coinvolgenti l'identità biologico-personale non solo del singolo, ma della sua famiglia di origine e della sua discendenza. Caratteristica di questo paziente è la caparbia volontà di lavorare, fare sport, innamorarsi, sposarsi, in una parola condurre una vita nella quale la

disabilità non sia più un handicap ma una diversa abilità. E' in questa ottica che va interpretata la testimonianza di uno dei pazienti della Dott.ssa Marcello, Mauro Ronzoni, perito industriale di 39 anni. Superando la ritrosia a esporre pubblicamente argomenti tanto intimi, ha svelato come la malattia gli abbia fatto vivere momenti molto contrastanti: rabbia verso il destino, sconforto per le prospettive di vita, rifiuto e ribellione per le sue condizioni. Fulcro della sua vita è il lavoro, "l'unica parte della mia vita" ha detto "nella quale mi sento uguale agli altri perché, con un maggiore impegno intellettuale, riesco a superare i limiti fisici".

Il Dottor Giovanni Battista Camurri, Direttore Recupero e Rieducazione Funzionale dell'Arcispedale, ha parlato delle possibilità di recupero attraverso la riabilitazione da lui definita una specializzazione medica che si sviluppa attraverso la soluzione dei problemi di ogni singolo paziente, per assicurarli il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, pur nell'ambito delle limitazioni che la disabilità stessa va a creare. Le menomazioni che tratta sono problematiche d'organo che vanno ad interferire sulle capacità funzionali di tutto l'organismo e creano limitazione della capacità di effettuare un'attività che può essere considerata normale per quel determinato uomo. "A questo percorso riabilitativo specifico" ha fatto osservare Camurri, "Deve corrispondere, alla dimissione dall'ospedale, l'impegno di una "società sensibile" che si faccia carico di accompagnare il paziente nella ripresa della vita professionale, familiare e sportiva. Proprio il livello della qualità di vita che una società offre ai disabili è il segno del livello di civiltà raggiunto da quella società". La testimonianza diretta di come la disabilità, anche improvvisa e quindi assolutamente imprevedibile, possa essere superata e divenire fonte di arricchimento, è stata portata da Armando Boiardi, rappresentante di diverse associazioni reggiane. Paraplegico a 32 anni, a seguito di incidente stradale, per evitare ad altri l'esperienza del vuoto e della mancanza di orientamenti

che si trova ad affrontare chi deve reinserirsi nella vita da disabile, è stato socio fondatore della Associazione Paraplegici tra e per Medullosesi della Regione Emilia Romagna che ha sedi in 5 provincie; ha combattuto per l'abbattimento delle barriere architettoniche non solo nelle città ma anche nelle autostrade; organizza manifestazioni ricreative e culturali; ha costituito un gruppo di disabili per fare sport. Egli stesso ha partecipato a gare automobilistiche in Italia e all'estero. Fa parte di comitati consultivi misti volti a favorire lo scambio di informazioni fra cittadini e servizi sanitari e di una Cooperativa sociale che espleta lavoro informatico e può essere contattata allo 0522 532253. Il Prof. Carlo Hanau, docente di programmazione dei Servizi Sociali Sanitari dell'Università di Modena e Reggio ha illustrato le finalità del fondo per la non autosufficienza, partendo da alcuni dati: in Italia i disabili fra gli 8 e 10 anni, inseriti nella scuola con certificazione, sono circa 150 mila, nella maggior parte disabili mentali e plurimi. Quando devono inserirsi nel mondo del lavoro, passano dalla piena integrazione coi coetanei alla emarginazione totale dei laboratori protetti, dove frequentano soltanto altri disabili. Occorre quindi una integrazione che non sia effimera ma continuativa, tutelata dall'Unità Valutativa dell'handicap, di pertinenza dei singoli comuni, che segua il disabile dalla nascita alla vecchiaia, con un'équipe multidisciplinare. L'attivazione del fondo per non autosufficienti viene chiesta per coloro che necessitano dell'assistenza permanente di qualcuno. Per essere attuata richiederebbe l'addizionale dello 0,75 % pro capite sull'IRPEF; spetta ai cittadini dire se sono o no disponibili a pagare, ricordando che ognuno di noi ha davanti a se, mediamente, poco più di un anno di vita in situazione di grave non autosufficienza. Il convegno è stato concluso dalla sindacalista CGIL Marisa Iori che ha parlato dell'inserimento lavorativo dei portatori di handicap dopo l'entrata in vigore della legge 6899 che prevede, fra l'altro, convenzioni con le aziende del territorio.

Mostra permanente di Fotografie “COLORIAMO DI IMMAGINI IL NUOVO OSPEDALE”

L'Associazione Volontari Ospedalieri di Reggio Emilia e l'Arcispedale S. Maria Nuova promuovono una mostra permanente di fotografie “COLORIAMO DI IMMAGINI IL NUOVO OSPEDALE” da collocarsi nei nuovi locali dell'Arcispedale S. Maria Nuova inaugurati a settembre del 2003.

A tal fine si invitano tutti i fotografi, professionisti e non, a partecipare alla mostra donando una o più fotografie. L'obiettivo della mostra è quello di favorire una maggiore “umanizzazione” dell'ambiente ospedaliero, ovvero creare un'ambientazione più a misura d'uomo, con percorsi semplificati e comfort più elevato.

Le fotografie donate, di cui ci si riserva di valutare l'adeguatezza e l'armonia con l'ambiente ospedaliero, devono avere queste caratteristiche:

- stampa fotografica a colori o B/N
- formato 50x70 o 50x50
- montaggio su pannello PVC light 15 mm, bordo bianco, plastificato opaco.

Per partecipare all'iniziativa occorre contattare la Presidente dell'AVO di Reggio Emilia, Silvia Paglia, Tel. 0522-550017 Cell. 3356930999, il termine ultimo per la presentazione delle opere è il 30 giugno 2004.

La mostra stabile delle fotografie pervenute sarà aperta al pubblico nel mese di ottobre 2004, sarà collocata nei percorsi di collegamento tra il corpo centrale e il nuovo edificio ospedaliero (locali di normale percorrenza dei visitatori) e arricchirà le attuali pareti bianche.

L'Arcispedale S. Maria Nuova e l'AVO ringraziano fin da ora tutti coloro che vorranno contribuire a rendere più confortevoli ed accoglienti i nuovi locali dell'Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia.

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Leonida Grisendi

LA PRESIDENTE DELL'AVO
Silvia Paglia

CO **LO** **RI** **AMO**
di Immagini
il Nuovo Ospedale