



ARCISPEDALE
SANTA MARIA NUOVA

AZIENDA OSPEDALIERA
REGGIO EMILIA

Regione Emilia-Romagna

Notizie



3

NOTIZIE

PERIODICO BIMESTRALE
dell'ARCISPEDALE S. MARIA NUOVA
di REGGIO EMILIA
Reg. Trib. di Reggio E. n. 940 del 11/02/97
ANNO VII - 2001 - N. 3
Spedizione in abbonamento postale
art. 2 comma 20/c legge 662/96.
Filiale di Reggio Emilia

Direttore Responsabile

Maria Lodovica Fratti

Redazione

Patrizia Beltrami
Catia Colli
Lorenzo Fioroni
Maria Lodovica Fratti
Monica Guberti
Mirco Pinotti
Marzia Prandi
Lidia Scalabrini
Luca Scarano

Hanno collaborato a questo numero

Gianbattista Camurri
Patrizia Copelli
Salvatore De Franco
Giovanni Guatelli
Annarita Guglielmi
Sergio Maccari
Davide Panella
Vanna Pinotti
Annamaria Pisi
Donatella Proccichiani
Maria Scurti

Progetto Grafico e realizzazione Grafica

Lidia Scalabrini

Le immagini di questo numero sono state realizzate da:

Foto: Servizio di Documentazione
Fotografica Medico-Scientifica

Sede Redazione

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

Stampa

A.T.A. Correggio

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

SOMMARIO

IN PRIMO PIANO

La sicurezza in evoluzione *pag. 3*
Il sistema di gestione dei reclami *pag. 5*

GOVERNO CLINICO

La Medicina Basata sull'Evidenza: primi lavori sul campo *pag. 7*

I SERVIZI RACCONTATI

La riabilitazione si confronta *pag. 10*
Il centro di citologia cervico-vaginale *pag. 12*

FORMAZIONE

Stage ad Edimburgo *pag. 13*
E.C.M. on line *pag. 15*
Appunti da un viaggio di studio *pag. 16*

NOTIZIE IN BREVE

Pubblico Impiego: altro Testo (quasi) Unico *pag. 15*
Progetto Buone Pratiche in Sanità *pag. 17*
Ospedale senza fumo *pag. 18*
La frontiera possibile *pag. 20*

CONVEGNI

pag. 22

NOMINE

Nuove cariche sociali della Società Italiana di
Cardiologia dello Sport *pag. 21*
Nuovi percorsi di facilitazione all'accesso *pag. 22*

NOVITA' DAL SERVIZIO ACQUISTI

Approvvigionamenti via internet *pag. 24*

Filo diretto con la Direzione Aziendale



Cosa vorresti dire o chiedere alla Direzione Aziendale?

Vuoi porre domande, questioni, proposte?

Scrivi e la Direzione Aziendale risponde.

Puoi utilizzare la posta elettronica scrivendo a:

Redazione. Notizie@asmn.re.it

oppure scrivere direttamente una lettera alla
Redazione di Notizie, Ufficio Sviluppo Organizzati-
vo, Via Sani 15, e inviarla per posta interna

La risposta ti verrà fornita consultando gli esperti
dell'argomento che vorrai trattare.

Sarà cura della Redazione garantire una risposta
utilizzando vari canali: lettera scritta, incontro,
telefonata, e mail...



La sicurezza in evoluzione

Il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale espone i LAVORI IN CORSO più rilevanti dal gennaio 2001

Autorizzazione e Accredimento

La Direzione Sanitaria e la Direzione Medica di Presidio hanno orientato la gestione del processo di adeguamento ai requisiti, di cui alla Legge Regionale n°34/98,

- si è intervenuti a supporto della verifica regionale sul dipartimento di Patologia Clinica,
- si è catalogata la documentazione di evidenza per gli adempimenti al D.Lgs.626/94,
- si sono verificate situazioni critiche di mantenimento dei requisiti essenziali per la tutela dagli infortuni,
- si è studiata la procedura per l'analisi e l'individuazione della manutenzione alle piccole attrezzature.

Piano di emergenza interna

- ☉ Si è intervenuti con il personale interno e con i Vigili del Fuoco in tre situazioni di allarme incendio, contenuto e rientrato con minimi effetti.
- ☉ Si sono elaborate le istruzioni di intervento e di evacuazione: si prevede a breve di dare comunicazione delle procedure aggiornate incontrando ogni dipartimento rappresentando da responsabili medici, infermieristici e tecnici.
- ☉ E' prevista la simulazione di una prova di allarme e di evacuazione di una o due stanze in un reparto di degenza.
- ☉ Si procede nell'aggiornamento delle planimetrie per le vie di esodo, e della segnaletica congruente in ogni edificio ospedaliero.
- ☉ Si collabora alla definizione degli

interventi di adeguamento dei sistemi di protezione e allarme nel monoblocco S.Maria Nuova

Esposizione professionale a Movimentazione Manuale dei Carichi

Si è elaborato un progetto pluriennale per la Gestione dei Rischi e dei Danni Connessi alla

Movimentazione Manuale dei Pazienti, con priorità strategica affidata a formazione del personale, dotazione di idonei ausili specifici e di arredi, muniti di dispositivi che abbattano drasticamente la necessità di movimenti a rischio.

- Si è intervenuti sul capitolato dei letti, barelle, culle ed accessori, individuando caratteristiche tecniche e requisiti di sicurezza
- Si sono analizzate le offerte degli ausili per obesi, letto, carrozzina, asta sollevapazienti, con ulteriore ricerca di mercato al fine di stabilire le tipologie appropriate per pazienti di peso superiore a 200 kg.
- Si sta raccogliendo una raccolta di schede tecniche per letti, sollevapazienti, aste, rollbord, per indicare ad ogni Unità Operativa il giusto ausilio allo specifico problema di movimentazione, confermando la formazione con gli investimenti conseguenti
- Si è dato luogo a una valutazione particolare di MMC per gli operatori di Cucina e Mensa, presentando poi in tre incontri formativi i risultati e le misure di miglioramento delle condizioni di lavoro.

Progetti complessi

Palazzo Rocca-Saporiti e Biblioteca: si presta consulenza al Responsabile di Procedimento per la verifica dei requisiti di prevenzione e protezione dall'incendio, del capitolato arredi.

Ampliamento:

- ☉ è in corso la verifica delle condizioni di installazione delle cappe aspiranti nei nuovi laboratori,
- ☉ si sono date indicazioni per posizionare docce e lavaocchi di emergenza a soccorso di contaminazioni.

Capitolati e appalti:

- ❖ Si è elaborata la base gara per Manutenzione e Integrazione dei presidi antincendio.
- ❖ Si sono svolti approfondimenti per gli arredi della nuova piscina di Fisio-kinesi, per le carrozzine in Geriatria, le poltrone da riposo, sia ai fini dell'uso sicuro che delle certificazioni antincendio.
- ❖ Si conducono le opportune ricerche bibliografiche e normative per l'individuazione delle caratteristiche obbligatorie o consigliate dei prodotti, dei processi o degli ambienti di lavoro, a richiesta di ogni servizio o unità operativa.
- ❖ Si stanno coordinando le informazioni sui rischi da portare o chiedere alle imprese che intervengono in area ospedaliera.

Dispositivi di Protezione Individuale

- Si sono esaminate le tipologie di calzature più confortevoli e adeguate al personale di Manutenzione

I - Si sono censite le tipologie di Dispositivi di **protezione delle vie respiratorie, mani e occhi** utilizzati in ogni Unità Operativa, per promuovere un approvvigionamento più conforme ai rischi specifici.

N Uno degli obiettivi su cui concentrare l'attenzione è lo scarso uso, in particolare da parte del personale medico, dei seguenti mezzi di protezione dal rischio biologico

**P
R
I
M
O

P
I
A
N
O**



OCCHIALI PROTETTIVI COPRIFACCIA MASCHERINE CON VISIERA



Servono a prevenire l'esposizione mucosa (bocca, naso, occhi) a sangue o altri liquidi biologici. In particolare proteggono dalla trasmissione (anche attraverso la mucosa congiuntivale) di Epatite B, Epatite C, HIV.

Quando indossarli?

- ⊗ prelievi venosi e arteriosi
- ⊗ eparinizzazione di cateterini
- ⊗ travasi di sangue o altri liquidi biologici in provette o altri contenitori
- ⊗ interventi chirurgici in genere, ortopedici

Sorveglianza Sanitaria

- ✓ Si continua a vagliare attentamente le idoneità lavorative, compiendo sopralluoghi negli ambienti di lavoro, per ogni specifico problema.
- ✓ Si risponde alle domande di integrazione poste dall'INPS per accertamenti infortuni e malattie professionali.

Formazione

- ✓ Si sono incontrati il personale Ausiliario proponendo materiale didattico su diritti e obblighi essenziali, sulle misure di tutela da rischio biologico, da preparati e sostanze pericolose, sull'uso corretto delle attrezzature.
- ✓ Si prevedono i corsi trasversali sui temi principali:

Rischio biologico: invitiamo i Formatori preparati nel 1999-2000 a indicare la loro disponibilità come docenti, per programmare i corsi con il Dipartimento chirurgico 1° che aveva iniziato il percorso, e per dare divulgazione semplificata a tutti i tecnici che prestano manutenzione nei reparti ospedalieri.

Emergenza interna: continuiamo a estendere il corso base con i Vigili del Fuoco ad un n° di operatori crescente; siamo disponibili a chiarire le istruzioni di prevenzione e di intervento, a richiesta in riunioni particolari di reparto.

Rischi specifici di ogni mansione:

vogliamo incontrare i tecnici di laboratorio per confermare le procedure di lavoro sicuro in questi ambienti; proponiamo di istituire un momento di formazione permanente che accolga i nuovi assunti con incontri programmati ogni volta all'ingresso di 20 – 30 persone, dove i docenti siano il SPP e i preposti della Unità di destinazione.

Hanno collaborato a queste attività per il Servizio di Prevenzione e Protezione

Giovanni Guatelli, Leda Ghizzoni, Carla Dieci, Gian Maria Fantuzzi, Mina Tucci, Emilio Ballabeni, Paolo Montermini, Fabrizio Vaccari, Edda Magnani (RRF), Marco Massari (Mal.Infettive), Massimo Magnani (SAT), Paolo Santini (SAT), Paolo Boschini (SAT), Antonella Merone (stagista).

Ing. Giovanni Guatelli - Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione

Il sistema di gestione dei reclami



La procedura aziendale

A partire dagli anni 90 sono emanate diverse leggi che regolano l'organizzazione e la gestione della Pubblica amministrazione. Questi provvedimenti attribuiscono al cittadino fruitore di un servizio una serie di diritti che gli consentono di diventare parte attiva del miglioramento del servizio attraverso lamentele, richieste, reclami e suggerimenti. Sono individuati i principi ispiratori per l'erogazione dei servizi e gli strumenti necessari per l'attuazione di questi principi: la formalizzazione del patto con il cittadino nella Carta dei Servizi, l'individuazione di standard di riferimento, l'istituzione dell'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico e di meccanismi di tutela del cittadino.

Le matrici attengono ai valori etici, ma anche all'etica professionale, ai codici deontologici dei professionisti.

Il quadro concettuale attinge alle teorie sulle organizzazioni e da qui sulla qualità e la comunicazione. Gli aspetti che in letteratura ci guidano a riconoscere i fattori che assumono significato per la soddisfazione del cliente ci indicano diverse tipologie, tra le quali ritroviamo l'affidabilità, la capacità di risposta, la capacità di rassicurazione, l'empatia con il cliente e tanti altri. Emerge come aspetto sempre più pregnante la soggettività e l'indefinibilità dei criteri utilizzati dai clienti per la valutazione che rende fondamentale l'ascolto dell'organizzazione.

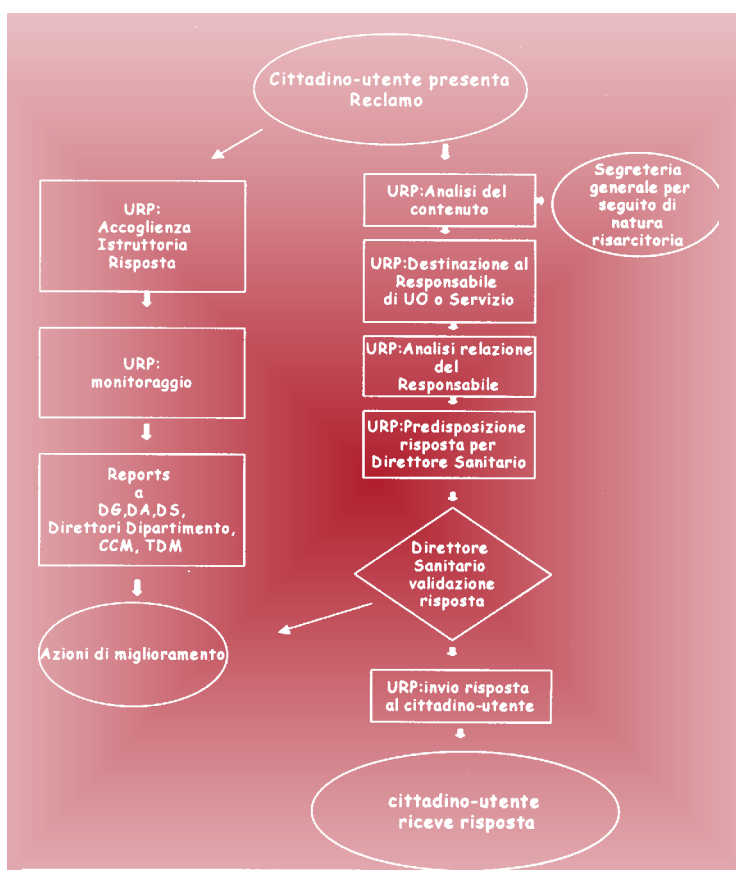
Occorre perciò che sia disponibile un sistema di attenzione che tenga in considerazione i reclami, le segnalazioni e le lamentele. In questo qua-

dro si collocano i vari sistemi di gestione dei reclami messi a punto dalle aziende sanitarie, ma anche e soprattutto sondaggi, questionari, e tutto ciò che fa della ricerca della soddisfazione del cliente uno spazio consolidato. Peraltro, nel nostro Ospedale, attraverso il processo che ha portato, con il contributo degli operatori, alla costruzione della Carta dei Valori e degli Impegni, è stato messo in evidenza, nei valori e relativi impegni, l'attenzione al cliente. Al S. Maria nel '97 è stata messa a punto e formalmente approvata la procedura aziendale di gestione dei reclami, pubblicata nella Carta dei Servizi. Tale procedura recentemente è stata adeguata ai requisiti previsti dal Programma Regionale di accreditamento.

La procedura descrive le attività organizzative e gestionali connesse ai reclami, si propone di facilitare una interazione rivolta all'acquisizione delle informazioni necessarie per comprendere l'accaduto e potere dare una risposta congruente che favorisca una chiarificazione ed un rapporto di fiducia tra operatori, azienda ed utenti.

Nel sistema di gestione individuato assumono rilevanza i diversi attori dell'organizzazione sanitaria, coinvolti sulla base delle loro competenze e del ruolo rivestito all'interno dell'organizzazione, partecipano direttamente al percorso e concorrono all'identificazione delle criticità e delle azioni migliorative possibili.

L'impegno dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico continua ad essere rivolto a consolidare ed a sviluppare migliori livelli di accoglienza e di



gestione delle varie forme di insoddisfazione degli utenti al fine di costituire sempre più un punto d'ascolto presidiato dall'organizzazione.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico garantisce collaborazione e supporto alle Unità Operative ed ai Servizi per la gestione dei reclami.

La procedura aziendale è visibile su Intranet a questo indirizzo

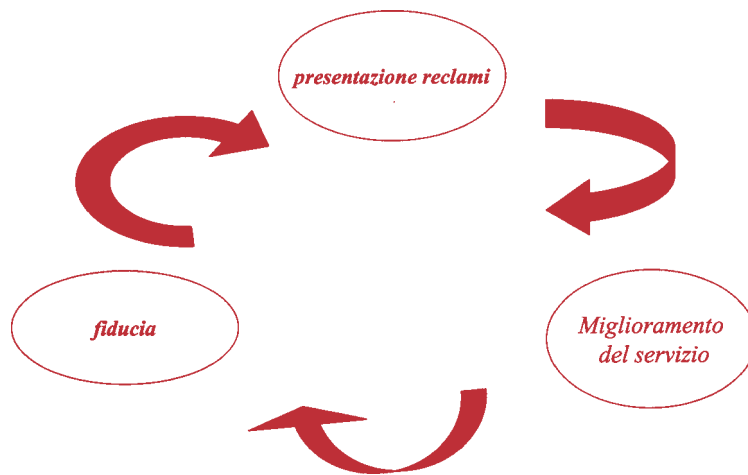
<http://intranet/QualityNet/Documentazione/intranetproceduraaziendale.doc> ed è disponibile presso l'Ufficio Informazioni/URP e presso l'Ufficio Sviluppo Organizzativo.

Su intranet inoltre potete trovare tutte le informazioni riguardanti le principali attività dell'ufficio Informazioni/URP e gli atti di riferimento
<http://intranet/servizistaff/uso/URP/Default.htm>.

I Sintesi del Report 2000

NA distanza di 4 anni dall'istituzione del sistema di gestione dei reclami è possibile valutarne l'andamento attraverso l'analisi del report annuale, si riportano di seguito alcuni spunti dall'analisi quali-quantitativa effettuata. Vale la pena inoltre richiamare che il reclamo presenta alcune specificità: in quanto non è statisticamente significativo: anche un solo reclamo può avere una valenza considerevole, non è semplice controllare l'impatto dell'esito, la valutazione dell'utente è soggettiva.

PSi registra un aumento progressivo del numero dei reclami presentati dal '97 al '99, mentre nel 2000 si verifica una flessione.



Il circolo virtuoso della gestione dei reclami (dal quaderno n. 4 della Carta dei Servizi Pubblici Sanitari / Ministero della Sanità)

Riepilogo reclami anni 1997, 1998, 1999 e 2000

| | n. RECLAMI annui | Variazione % (anno base 97) | Variazione % rispetto anno precedente |
|-----------|------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| ANNO 97 | 65 | --- | --- |
| ANNO 98 | 149 | 129% | 129% |
| ANNO 99 | 170 | 161% | 14% |
| ANNO 2000 | 163 | 151% | -4% |

L'URP per il monitoraggio utilizza una classificazione dei reclami per tipologia basata su una differenziazione per contenuto del reclamo. Tale classificazione, adattata alla realtà ospedaliera, fa riferimento ad una tipologia proposta dal Ministero della Sanità. Nella nostra Regione è in corso un progetto di classificazione regionale dei reclami, onde consentire un monitoraggio ed un confronto tra le aziende sanitarie della Regione.

L'andamento dei 3 anni relativo alla distribuzione percentuale delle tipologie mette in evidenza una flessione dei reclami sul **tempo accessibilità** (tempi d'attesa, code in ambulatorio, orari d'apertura dei servizi...) pur restando tra le tipologie più rappresentative (36% nel '98, 32% nel '99 e 28% nel 2000). Notevole incidenza invece è rappresentata dall'aumento progressivo negli anni degli **aspetti tecnico professionali** (da 18% nel '98 a 25% nel '99, a 28% nel 2000).



Gli **aspetti relazionali e l'informazione** restano stabili nel tempo (19% nel '98, 19% nel '99 e 19% nel 2000).

Assistiamo a decrementi progressivi per gli **aspetti organizzativi** (12% nel '98, 9% nel '99 e 6% nel 2000).

Per quanto riguarda le restanti tipologie riscontriamo nel 2000 aumenti, seppur differenziati:

- la tipologia **assicurativa** (reclami finalizzati ad ottenere ristori) passa dal 2% del '98 al 8% del '99 ed al 9% nel 2000
- gli **aspetti alberghieri** (6% nel '98, 3% nel '99 e 4% nel 2000), l'aspetto **strutturale e logistica** (dal 3% nel '98 al 2% nel '99 ed al 5% nel 2000) e **privacy** (2% nel '98, 0% nel '99 e 1% nel 2000), Mentre l'aspetto **procedure** e la tipologia **umanizzazione** nel 2000 non sono rappresentate.



L'accoglienza dei reclami viene effettuata principalmente dagli operatori dell'Uff. Informazioni/URP (59% nel 2000) e dai volontari del Tribunale del Malato (23% nel 2000), altresì sono autonomamente trasmessi dagli utenti o dai loro famigliari alla Direzione tramite il Servizio Postale, il fax, l'e-mail.

L'attività dell'URP si è intensificata nel suo ruolo di mediazione tra le parti, attraverso la collaborazione con i Responsabili di UO e con la supervisione del Direttore Sanitario, sono state messe in campo diverse azioni riparative e colloqui diretti dei segnalanti con i Responsabili di reparto.

Per cercare un indicatore di comparazione a livello nazionale segnalò un interessante articolo di Stefano Inglese, Responsabile delle Politiche Nazionali del Tribunale per i Diritti del Malato, dal titolo *Prevenire gli errori*, comparso sulla rivista FIASOnews (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere).

Inglese commenta i dati nazionali delle segnalazioni giunte al Pit Salute (Tribunale per i Diritti del malato).

In particolare rileva che la percentuale di contatti relativi a sospetti errori di diagnosi e terapia (corrisponde alla nostra tipologia: aspetti tecnico-professionali), a livello nazionale, si è consolidata ormai stabilmente intorno al 28% e che sono in aumento le segnalazioni che riguardano contenzioso di fronte assicurativo.

L'autore riconduce tutto ciò principalmente ad una generale e maggiore sensibilità rispetto ai fattori di malpractice, legati sia a responsabilità del singolo che a problematiche procedurali e organizzative.

Dott.ssa Maria Lodovica Fratti
Ufficio Sviluppo Organizzativo
Dott.ssa Iva Manghi
Direttore Sanitario

La Medicina Basata sull'Evidenza:

primi lavori sul campo



Il Governo Clinico è una bussola per il sistema sanitario se vuole centrarsi e misurarsi sulla qualità e sul miglioramento dei risultati dei propri interventi. La disseminazione delle buone pratiche cliniche è uno degli ambiti coperti dalla funzione di Governo Clinico.

La Clinical Effectiveness Unit (CEU) nel nostro ospedale, come in altri nel mondo, rende disponibili, visibili ed organizzate in modo stabile le risorse in grado di supportare, stimolare, mantenere i programmi di garanzia dell'efficacia clinica e dell'appropriatezza delle cure.

La Ceu è stata addestrata alla ricerca di letteratura scientifica di qualità, alla valutazione critica della letteratura disponibile ed alla costruzione di decisioni concordate tra i professionisti, seguendo percorsi che ne garantiscano la trasparenza e l'equilibrato contributo di tutti i partecipanti in quelle aree, cosiddette grigie, dove la letteratura scientifica disponibile non è in grado di rispondere inequivocabilmente ai quesiti della pratica clinica o organizzativa.

Altre importanti competenze nel bagaglio della CEU mirano a sviluppare e diffondere la consapevolezza dell'importanza del lavoro di gruppo, insieme ai requisiti organizzativi, comunicativi e gli strumenti che sostengono il gruppo nel raggiungimento dei propri obiettivi.

La valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi sanitari deve essere infatti condotta da gruppi multidisciplinari dove la presenza della voce di tutte le principali categorie di utilizzatori della tecnologia è garanzia di raccomandazioni equilibrate e compatibilmente con le conoscenze disponibili, esaustive. La multidisciplinarietà del gruppo di lavoro è poi indispensabile per quel complesso e delicato passaggio dalla conoscenza teorica alla pratica. Dal gruppo di lavoro multidisciplinare prendono l'avvio gli stimoli per sostenere il faticoso movimento di revisione delle abitudini individuali e/o dell'organizzazione verso l'adozione di nuovi e più adeguati comportamenti.

La CEU, le cui competenze dovranno crescere e diffondersi tra gli operatori dell'Azienda, è una risorsa sia per l'ospedale che per il territorio provinciale, come dimostrano le Linee Guida (LG) di cui andiamo a parlare.

Come ricorderete nel numero di dicembre sono stati presentati i professionisti dell'ASMN che, insieme ad altrettanti dell'AUSL, hanno affrontato in questi sei mesi un intenso lavoro in aula sotto la guida del dott. A. Cartabellotta. Dato il buon livello nella padronanza degli strumenti metodologici raggiunto, ora

possiamo raccontare qualcosa delle applicazioni pratiche frutto del loro impegno: due progetti rivolti ad accrescere l'appropriato uso di tecnologie sanitarie, progetti che sono stati presentati nella sala riunioni dell'Ospedale Spallanzani il 28 giugno

2001.

In questi primi due lavori l'identificazione dei temi è stata essa stessa un momento del corso di formazione per apprendere e contemporaneamente praticare i metodi e gli strumenti di conduzione del lavoro di équipe, coerentemente al metodo attivo di formazione del corso. In questa fase due aspetti hanno impegnato il gruppo: in primo luogo come ottenere che tutte le opzioni considerabili rilevanti dai partecipanti vengano messe sul tappeto (ne è nata una lista che, benché ridondante di sfumature sullo stesso tema, aveva più di 70 voci), quindi come, attraverso l'uso di criteri espliciti e condivisi, poter arrivare in un tempo ragionevole ad una ristretta rosa di priorità.

I temi scelti sono stati discussi ed approvati dalle Direzioni Sanitarie delle due Aziende e, dopo essere stati assunti come progetti interaziendali, ai professionisti impegnati nel corso si sono affiancati colleghi che hanno allargato il lavoro del gruppo multidisciplinare a tutte le aree mediche interessate dalle tecnologie in esame.

Interviste agli operatori impegnati nei gruppi.

Mentre scriviamo i professionisti stanno arrivando alla stesura finale dei progetti ed ad alcuni di loro abbiamo chiesto impressioni e giudizi. Il dott. R. Baricchi, Servizio trasfusionale ASMN, ed il dott. M. Zini, UO di Endocrinologia ASMN, ci parlano della loro esperienza nel gruppo multidisciplinare impegnato su 'Appropriato uso delle emotrasfusioni e gestione del rischio'.

1) Perché è stato scelto il tema *Appropriato uso delle emotrasfusioni e gestione del rischio*?

Dott. Baricchi: Il tema è stato scelto quasi all'unanimità dall'intero gruppo impegnato nel corso di formazio-

La valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi sanitari deve essere infatti condotta da gruppi multidisciplinari dove la presenza della voce di tutte le principali categorie di utilizzatori della tecnologia è garanzia di raccomandazioni equilibrate e compatibilmente con le conoscenze disponibili, esaustive.

Gne seguendo una precisa metodologia. Esso presenta alcune caratteristiche importanti per essere sottoposto alla formulazione di Linee Guida (LG): in primo luogo l'alta variabilità della pratica clinica, la percezione del rischio sia nell'operatore che nel paziente, inoltre il sangue non è una risorsa illimitata e la sua disponibilità è vincolante in molte situazioni cliniche.

I Dott. Zini Aggiungerei che è proprio un tema trasversale che interessa tutti i Dipartimenti e le U.O. e richiede un grosso impegno per l'ospedale, ma non solo, dobbiamo infatti avere sempre presente che il sangue è una risorsa preziosa frutto della sensibilizzazione di donatori che esprimono una forma di solidarietà sociale ed è nostro dovere utilizzare al meglio questo patrimonio.

Quali difficoltà si sono presentate durante la fase che si sta concludendo del percorso del vostro gruppo multidisciplinare?

Dott. Zini: L'argomento è molto vasto, molte sono le componenti del sangue ed ognuna ha criteri propri per l'utilizzo razionale, quindi è stato complesso mettere a punto uno strumento sintetico ma completo e con una buona praticabilità. Inoltre il metodo di lavoro è nuovo ed ha richiesto in alcune fasi degli aggiustamenti.

Dott. Baricchi: Non è stato difficile trovare in letteratura lavori utili di società scientifiche autorevoli. È stato invece più impegnativo adattarne le conclusioni alla realtà locale. La disomogeneità del nostro territorio ha reso impegnativo il compito.

Accanto ad alcuni punti di eccellenza e di alta specializzazione, nei quali è più facile lavorare in stretto contatto con il collega e di adattare le indicazioni sul singolo paziente, esiste una realtà diffusa in cui l'utilizzo del sangue è saltuario. Abbiamo adottato le Linee Guida tenendo in considerazione le difficoltà di chi fa un uso saltuario delle trasfusioni e necessita di indicazioni chiare.

Le difficoltà che si intuiscono in questo lavoro, non saranno tanto di ordine clinico: individuare le appropriate indicazioni, quanto di ordine organizzativo, nella applicazione delle indicazioni nella prassi e nella capacità di verifica che questo accada.

La dott.ssa Ada Donadio, UO di Pediatria ASMN, la dr.ssa Nilla Viani, Servizio farmaceutico ASMN, ed il

dott. S. De Pietri, P.S. ASMN, ci parlano invece della loro esperienza nel gruppo multidisciplinare impegnato su *Appropriatezza della profilassi della gastropatia da farmaci*.

1) Perché è stato scelto il tema Appropriatezza della profilassi della gastropatia da farmaci?

Dott.ssa Donadio: È un problema attuale e complesso, come testimonia la recente modifica della nota CUF, ed è di interesse interdipartimentale ed interaziendale con grosse implicazioni sia di tipo assistenziale che economico.

Dott. De Pietri: Certamente risponde bene a molti dei parametri che candidano un'area ad essere scelta per definire una Linea Guida, la diffusione dell'uso di farmaci potenzialmente gastrolesivi e dei rischi associati, l'eterogeneità del comportamento dei professionisti coinvolti (che sono tanti dal Medico di Base al Chirurgo Ospedaliero) a cui si aggiunge senz'altro la ormai schiacciante mole di evidenze scientifiche inerenti la maggiore efficacia di taluni trattamenti (gli Inibitori della Pompa Protonica) rispetto ad altri, ancora molto utilizzati (gli inibitori dei recettori H2).

Quali difficoltà si sono presentate durante la fase che si sta concludendo del percorso del vostro gruppo multidisciplinare?

Dott. De Pietri: Nel nostro gruppo la prima difficoltà incontrata, data l'assenza di LG di buona qualità nel mare della letteratura scientifica mondiale degli ultimi anni, è stata la necessità di creare una LG 'ex novo'. Siamo stati pertanto costretti a partire da evidenze ricavate dalla ricerca scientifica primaria e da alcuni lavori di ricerca secondaria (metanalisi), senza dimenticare quanto era già stato prodotto a livello provinciale. Ovviamente ciò ha richiesto un impegno maggiore di quello necessario per 'adattare' alla nostra realtà locale ed implementare una LG preformata e valida.

Inoltre la presenza di aree 'grigie' ha posto alcuni impegnativi nodi da sciogliere come, per esempio, quali raccomandazioni fornire per i pazienti in trattamento con Aspirina a bassa dose, e se affrontare un problema aperto quale quello inerente la profilassi delle ipotetiche lesioni gastriche connesse alla terapia con inibitori della Cox 2. A tale riguardo la letteratura non propone ancora dei dati definitivi circa l'effettiva entità del danno

legato all'uso di questa classe di farmaci, anche se appare confermata dai primi grandi studi la minore tossicità gastrointestinale di tali molecole.

Dott.ssa Donadio: vorrei aggiungere che alla mole veramente grande del lavoro si è aggiunta una certa dispersione temporale degli incontri che ha appesantito il lavoro stesso.

Dott.ssa Viani: la cosa che emerge e mi preme più sottolineare è che c'è ancora molto da fare nel definire più esattamente il ruolo e gli obiettivi della Clinical Effectiveness Unit sia per riuscire ad orientare meglio i componenti riguardo al tempo ed all'impegno da riservare allo stesso, sia per capire come meglio intersecare e armonizzare questa attività con quella di organismi preesistenti che per un verso o per l'altro trattano spesso le stesse problematiche mi riferisco alla Commissione Terapeutica Provinciale, alla Commissione Interaziendale sui Farmaci e ai vari gruppi riunitisi nel corso di questi anni che hanno prodotto Linee Guida sia sul farmaco che su presidi o altro.

Il lavoro della Clinical Effectiveness Unit è stato quindi molto impegnativo ed è solo l'inizio di un lungo percorso che i nostri operatori, non senza qualche perplessità, vedono aggiungersi a ritmi di lavoro già così intensi che i "turni di riposo diventano una impellente necessità fisica". Ma.....

Quali sono stati gli aspetti gratificanti del lavoro nel gruppo multidisciplinare?

Dott. Baricchi: È stato stimolante il confronto di idee la discussione sui dubbi. Mi sono trovato bene nel lavoro, sia per l'entusiasmo e la motivazione dei colleghi che sono stati intesi, sia per la chiarezza e la trasparenza che la metodologia adottata garantisce nella costruzione delle decisioni.

Dott. Zini: La multidisciplinarietà ha consentito di curare tutti i diversi aspetti del lavoro, anche se la complessità del lavoro aumenta al crescere dei partecipanti, il risultato finale è stato positivo.

Ho avuto la netta percezione che adottando la metodologia dell'EBM, che già per quanto possibile utilizziamo nel nostro lavoro specialistico, si possono affrontare con efficacia e serenità anche argomenti complessi.

Vorrei però aggiungere che i documenti che saranno prodotti non debbono essere intesi come rigidamente

normativi né come strumenti per delegare ad altri le scelte terapeutiche, ma solo come suggerimenti, raccomandazioni e consigli basati sui migliori dati dell'*evidenza* scientifica disponibile. Devono servire il medico nella pratica quotidiana.

Dott.ssa Donadio: il lavoro tra pari in un gruppo multidisciplinare su un obiettivo comune è stata un'esperienza stimolante, in particolare è positivo il confronto con altre specialità ed aree assistenziali, un'occasione molto importante anche per l'area neonatale-pediatria, che è una grande risorsa per la nostra città, troppo spesso però isolata dal restante contesto ospedaliero per le sue specifiche peculiarità.

L'esperienza formativa ed il gruppo di lavoro sono state un'occasione per riflettere sull'importanza di mettersi in discussione, rivedere periodicamente la propria pratica assistenziale, ed acquisire una mentalità sempre più scientifica, basata, laddove possibile, sulla verifica dei nostri interventi diagnostici e terapeutici: è chiaro infatti che la medicina non può essere tutta incanalata in protocolli e Linee Guida, perché esistono ancora molte aree grigie, dove il confine tra arte e scienza è molto sottile; il nostro compito è comunque quello di offrire ai pazienti la migliore garanzia di risultato, attualmente possibile, sulla base di una attenta e completa disamina delle conoscenze scientifiche e non solo della nostra personale esperienza.

Dott. De Pietri: E' stato stimolante avere strumenti pratici per districarsi nel magma delle continue nuove informazioni della ricerca scientifica ed è bello partecipare ad un'opera che diminuisce la discrezionalità ingiustificata che ancora oggi caratterizza l'operato dei professionisti dentro come fuori l'ospedale.

Dott.ssa Maria Scurti - Ufficio Sviluppo Organizzativo

Dott. Mirco Pinotti - Dirigente Medico Direzione Medica di Presidio

Dott.ssa Barbara Curcio Rubertini - Direttore Ufficio Sviluppo Organizzativo

Elenco dei partecipanti al gruppo 'Adeguatezza della profilassi della gastropatia da farmaci'

| | |
|---|--|
| Dott. Sgarbi Giorgio, chirurgo ASMN | Dott.ssa Viani Nilla, farmacista, ASMN |
| Dott.ssa Gherardi Cristina, anestesista ASMN | Dott. De Pietri Stefano, medico di PS |
| Dott. Sassi Maurizio oncologo ASMN | Dott.ssa Capalbo Maria, medico di Direzione Sanitaria AUSL |
| Dott. Magnani Piero, oncologo USL | Dott. Magnani Enrico, ortopedico AUSL |
| Dr.ssa Ferretti Alessandra, farmacista AUSL | Dott.ssa Bisi Angela internista AUSL |
| Dott. Sassatelli Romano, gastroenterologo endoscopista ASMN | Dott. Navazio Alessandro Cardiologo AUSL |
| Dott.ssa Guidetti Donata, neurologa ASMN | Dott.ssa Dardani Mariangela, fisiatra AUSL |
| Dott. Manari Danilo, cardiologo ASMN | Dott. Calabrese Lorenzo, chirurgo AUSL |
| Dott. Fornaciari Giovanni, gastroenterologo Med 3 ASMN | Dott. Stigliani Fausto radiologo AUSL |
| Dott. Cordella Carlo, ortopedico ASMN | |
| Dott. Rustichelli Roberto, nefrologo ASMN | |
| Dott. Salvarani Carlo, reumatologo ASMN | |
| Dott.ssa Donadio, Ada pediatra ASMN | |

Elenco dei partecipanti al gruppo appropriato uso delle emotrasfusioni e gestione del rischio

| | |
|---|--|
| Dott. Alessandro Bonini, ematologo ASMN | Dott.ssa Maria Grazia Cecchini, medico legale AUSL |
| Dott. Walter Bottari, anestesista ASMN | Dott. Duilio Braglia, medico di PS AUSL |
| Dott. Cristiana Magnani, pediatra ASMN | Dott. Roberto Mezzetti, Anestesista AUSL |
| Dott. Stefano Bertocco, anestesista ASMN | IP Antonella Rabitti, AUSL |
| IP Bonacini Gianni, ASMN | Dott.ssa Edda Rota internista AUSL |
| Dott. Roberto Baricchi, Servizio Trasfusionale ASMN | Dott. Gianpaolo Gambarati cardiologo AUSL |
| Dott. Carlo Alberto Zotti, oculista ASMN | Dott. Giorgio Labò, medico di laboratorio AUSL |
| Dott. Michele Zini, endocrinologo ASMN | Dott. Enrico Semrov Psichiatra AUSL |
| Dott.ssa Bruna Battistel, radiologa ASMN | Dott. Mari Roberto Chirurgo AUSL |
| Dott. Stefano De Pietri, medico di PS ASMN | Dott.ssa Enrica Terzi medico di Direzione Sanitaria AUSL |
| Dott. Mirco Pinotti, medico di Direzione Sanitaria ASMN | Dott.ssa Roberta Villanova, farmacista AUSL |
| Dott. Pietro Ragni, medico esperto in gestione del rischio AUSL | |
| Dott.ssa Rossana Colla, medico di laboratorio AUSL | |
| Dott. Roberto Sacchero, chirurgo AUSL | |
| Dott. Eugenio Cudazzo, Chirurgo AUSL | |

I S E R V I Z I R A C C O N T A La riabilitazione *si confronta*

L'U.O. di Recupero e Rieducazione Funzionale misura i risultati della riabilitazione.

A La misura della disabilità

La Functional Independence Measure (FIM™) è una scala di misura della disabilità. Ha l'aspetto di un questionario e misura l'autosufficienza in 18 attività della vita quotidiana ritenute indispensabili e sufficienti per la vita autonoma a domicilio. Per ogni attività il punteggio varia da 1 (completa dipendenza) a 7 (completa autonomia).

La FIM fornisce una misura affidabile, valida e sensibile della disabilità dei pazienti con qualunque tipo di patologia.

La scala FIM è uno standard internazionale.

Si è affermata come valido strumento per misurare appropriatezza ed efficacia del trattamento riabilitativo. Si dovrebbe, in realtà, parlare di un sistema FIM. Infatti esso comprende:

- ✓ una scheda socio-sanitaria che consente di correlare le misure FIM alle caratteristiche cliniche e socio-demografiche del paziente;
- ✓ un manuale e rigorose procedure di accreditamento dei rilevatori;
- ✓ una banca-dati centrale che analizza le prestazioni di migliaia di unità operative di riabilitazione

Pazienti con esiti di chirurgia ortopedica

| | Reggio Emilia | Italia* |
|---|---------------|---------|
| Età media | 77 | 71 |
| Provenienti dai reparti per acuti | 97 | 80 |
| Giorni trascorsi tra l'inizio della malattia e il ricovero in riabilitazione | 12 | 33 |
| Punti FIM all'ingresso in riabilitazione | 79 | 90 |
| Punti FIM alla dimissione | 91 | 107 |
| Punti FIM guadagnati | 13 | 17 |
| Durata degenza | 17 | 27 |
| Efficienza | 0.8 | 0.7 |
| Dimessi a domicilio | 75 | 97 |

* Campione randomizzato dei dati italiani di riferimento, gentilmente fornito da SO.GE.COM Editrice srl, Milano.

negli Stati Uniti. La banca-dati fornisce servizi statistici per il controllo di qualità delle rilevazioni e per il confronto fra i dati del singolo utente e i dati normativi generali.

Lo sviluppo pratico del sistema è affidato a Uniform Data System for Medical Rehabilitation - UDSmr, un'agenzia tecnico-scientifica che afferisce alla State University of New York. La UDSmr tiene i corsi FIM in tutti gli Stati Uniti, gestisce la banca-dati centrale ed offre assistenza tecnica per studi internazionali.

La scala FIM è ormai molto presente nella letteratura interna-



Pazienti emiplegici

| | Reggio Emilia | Italia* |
|---|---------------|---------|
| Età media | 76 | 68 |
| Pazienti provenienti dai reparti per acuti | 94 | 63 |
| Giorni trascorsi tra l'inizio della malattia e il ricovero in riabilitazione | 19 | 60 |
| Punti FIM all'ingresso in riabilitazione | 62 | 65 |
| Punti FIM alla dimissione | 82 | 83 |
| Punti FIM guadagnati | 20 | 19 |
| Durata degenza | 37 | 42 |
| Efficienza | 0.6 | 0.5 |
| Dimessi a domicilio | 78 | 89 |

* Campione randomizzato dei dati italiani di riferimento, gentilmente fornito da SO.GE.COM Editrice srl, Milano.

zionale e sta diventando lo standard di misura più diffuso per la misura di appropriatezza e di efficacia ed efficienza dei ricoveri riabilitativi.

La FIM è presente in Italia dal 1993, attraverso la So.Ge.Com Editrice. La società ha pubblicato la traduzione ufficiale del manuale, svolge corsi di accreditamento e offre servizi epidemiologico-statistici correlati alla scala FIM.

La FIM permette un'analisi sintetica, ma molto precisa dell'efficacia del programma riabilitativo e dell'efficienza di un'unità operativa.

Infatti, grazie all'esistenza di una banca-dati nazionale è possibile confrontare le prestazioni complessive di una singola unità operativa con quelle relative ad un campione di riferimento.

I confronti danno l'avvio ad una serie di riflessioni cliniche ed organizzative, che portano a migliorare il proprio standard di prodotto.

Il sistema FIM consente un'analisi dell'autosufficienza sul singolo caso, sull'unità operativa e su categorie diagnostiche. Fornisce misure valide ed

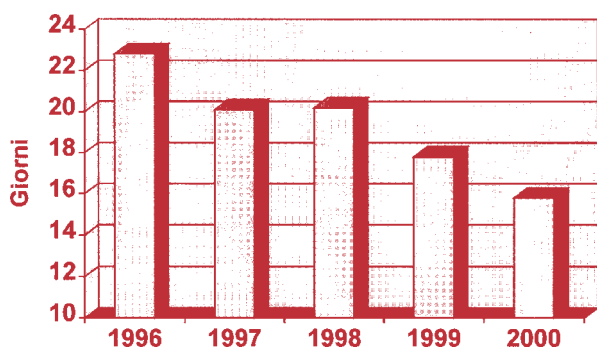


affidabili, ben correlate al carico assistenziale.

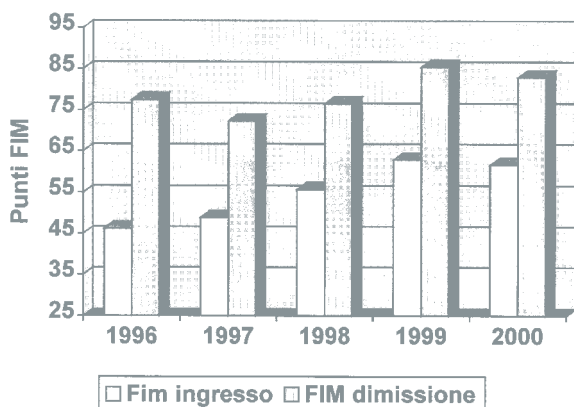
L'analisi dei punteggi nelle singole voci costituisce la base per miglioramenti di qualità clinica, assistenziale ed economico-gestionale.

La qualità delle rilevazioni di una singola unità operativa può essere garantita da un servizio esterno dedicato, che assicura un controllo statisticamente avanzato della validità delle misure.

Giorni trascorsi tra l'esordio della malattia ed il ricovero in riabilitazione (tutti i pazienti)



Miglioramento tra ingresso e dimissione (tutti i pazienti)



L'esperienza dell'unità operativa di Recupero e Rieducazione Funzionale.

Dal 1996, l'unità operativa di Recupero Rieducazione Funzionale utilizza la FIM ed invia i dati alla So.Ge.Com Editrice per confronti con il campione di riferimento.

I risultati ottenuti in questi anni stanno a testimoniare la buona qualità delle procedure assistenziali.

Rispetto alla media italiana, i nostri pazienti sono più anziani.

Ciò nonostante, i nostri risultati sono in linea con quelli dei migliori ospedali.

L'intervallo esordio della patologia - ingresso in riabilitazione è molto più breve e un maggior numero di pazienti proviene dai reparti per acuti.

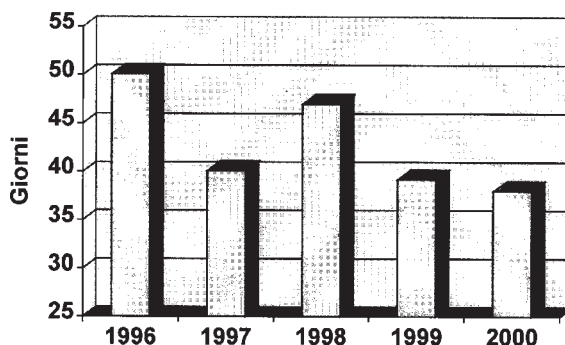
La disabilità all'ingresso e alla dimissione (misurata in punti FIM) è equivalente, ma la durata del ricovero è leggermente inferiore.

Per tale motivo la nostra efficienza è più elevata del campione di riferimento.

Inoltre il nostro database di reparto ci dice che i nostri risultati migliorano lentamente negli anni.

Crediamo che il sistema FIM possa essere un serio strumento scientifico, di livello internazionale, con cui affrontare le procedure di accreditamento ed in particolare la valutazione dello standard di prodotto.

Durata del ricovero (tutti i pazienti)



Dott.ssa Donatella Procicchiani - Dirigente Medico Recupero e Rieducazione Funzionale

Dott. Gianbattista Camurri - Direttore Recupero e Rieducazione Funzionale

Il centro di citologia cervico-vaginale

RACCONTANO Le citotecniche Sig.ra Aguzzoni Dina e Tonelli Simona presentano l'attività ed il loro ruolo all'interno del Centro di Citologia Cervico-Vaginale di Reggio Emilia.

NTA *Potreste descrivere la struttura organizzativa del Vostro laboratorio?*

Il Centro di Citologia cervico-vaginale è la sede ove vengono letti tutti i pap test di screening eseguiti nei Consultori della Provincia di Reggio Emilia.

Leggiamo al microscopio 30.000 vetrini all'anno, non con l'utilizzo di macchine, ma ancora con i nostri occhi e le nostre capacità individuali.

Il Centro è composto da 4 citotecniche, noi due, la sig.ra Marino e la sig.ra Bondavalli, 1 medico supervisore dott.ssa Prandi, il primario dott. Gardini e il personale di segreteria che comprende il centro screening da cui viene organizzato tutto il processo che porta agli inviti da spedire alle donne; inserito

nel nostro Servizio vi è anche l'ambulatorio colposcopico che fornisce prestazioni per le donne residenti nel Distretto Sanitario di Reggio e in cui vi opera un'assistente sanitaria, signora Mercati.

I pap test, una volta effettuati nei Consultori dell'Azienda USL, sono portati al nostro laboratorio, ove sono colorati per la lettura.

I citotecniche in seguito verificano al microscopio la negatività dal punto di vista oncologico del vetrino, mentre in caso di riscontro di sospetta patologia, il test viene sottoposto al su-

pervisore che formula una diagnosi precisa; quando l'esame è positivo la donna viene invitata ad un approfondimento diagnostico, cioè l'esame colposcopico.

Il Centro è attivo da 30 anni.

Quindi come tecnici avete una grande responsabilità ...

Certamente, se si pensa alla quantità di vetrini che dobbiamo esaminare ogni giorno e, soprattutto, a che cosa dobbiamo riuscire a riconoscere: basta una singola cellula anomala perché il pap test sia portato al riesame!! L'attenzione che ci viene richiesta è veramente altissima, una minima distrazione può portare ad errori dia-

gnostici o al non riconoscimento di lesioni citologiche ...

gnostici o al non riconoscimento di lesioni citologiche ...

Quali sono le esigenze che ritenete dovrebbero essere soddisfatte con maggiore urgenza al fine di migliorare la vostra prestazione e le vostre condizioni lavorative?

Innanzitutto dovremmo essere in numero maggiore, avremmo così l'op-

portunità di attuare controlli di qualità diversi; inoltre sentiamo la necessità di avere spazi precisi e dedicati alla nostra attività: per questo speriamo nella riorganizzazione dei Servizi dell'Ospedale, che dovrà essere attuata in tempi non tanto lunghi.

Crediamo inoltre che debba esserci un riconoscimento professionale nella figura del citotecnico in particolare si ponga attenzione all'aggiornamento e alla formazione, fondamentali nel nostro lavoro. Fortunata-

mente il nostro Ospedale è stato molto sensibile in questo settore, prova di questo è il nostro stage ad Edimburgo.

Quindi da parte vostra ci sarebbe la disponibilità a migliorarvi, ad apprendere tecniche nuove?

Certo, noi facciamo una formazione continua perché dobbiamo sbagliare il meno possibile.

Noi crediamo molto nel nostro lavoro, ne siamo entusiaste e, se anche i riconoscimenti non sono molti, e la mole di lavoro è veramente difficile da gestire, ci sentiamo molto utili.



Vorremmo aver la possibilità di lavorare come ad Edimburgo.

E' un sentimento comune anche agli altri operatori quello che state esponendo, oppure è una vostra personale considerazione?

No, siamo tutti d'accordo, innanzitutto il nostro Primario ed il nostro Medico Supervisore, che sono i primi ad impegnarsi quotidianamente.

Dobbiamo riconoscere che il clima lavorativo all'interno del nostro centro è molto buono, c'è molto spirito di collaborazione e condivisione, e molto entusiasmo.

Le ricordiamo che comunque siamo tra i primi centri in Italia come qualità diagnostica.

Avere un Responsabile che crede così tanto nel miglioramento, nella condivisione, nel lavoro ci stimola veramente.

Lo stage ad Edimburgo ha rappresentato un notevole risultato per noi: per la prima volta personale non laureato è andato a fare formazione all'estero. Non sarebbe stato possibile senza l'impegno della Dr.ssa Prandi.

Il vero problema è che la prevenzione nel nostro Paese è molto sottovalutata...

Quali ritenete siano le cause di questa sottovalutazione?

E' un atteggiamento a livello culturale, sono le donne stesse che non si interessano alla prevenzione, nonostante le campagne promozionali, c'è ancora una specie di tabù, forse anche disinformazione.

Noi come Regione Emilia Romagna abbiamo avviato già da 5 anni un programma di screening di prevenzione dei tumori del collo dell'utero, mentre in alcune Regioni non esiste ancora niente ...

Quello che tutte le donne dovrebbero sapere è che il tumore dell'utero è molto aggressivo quando diventa infiltrante, e porta a molte sofferenze e alla morte se non viene diagnosticato con tempestività.

Quindi voi ritenete che si dovrebbe investire maggiormente anche nell'informazione?

Sicuramente, anche se si sta già facendo tanto.

Per il nostro aggiornamento partecipiamo a conferenze, convegni in tutta la Regione, e cerchiamo di collaborare anche a livello internazionale cercando di portare nella nostra Provincia, una elevata qualità professionale, come hanno già fatto altre Nazioni Europee che hanno attuato già da molto tempo questo programma. Comunque la nostra Azienda Ospedaliera insieme all'Azienda USL di Reggio Emilia sono tra le più delle più sensibili ed impegnate d'Italia.

Avete osservato in questi anni un aumento delle patologie cervico-vaginali?

Purtroppo sì, ed è proprio per questo che deve essere svolto un lavoro costante ed accurato. Inoltre da parte delle utenti stesse deve esserci adesione all'invito al fine di prevenire il più possibile questo tipo di patologia.

Stage ad Edimburgo

Le citotecniche Sig.ra Aguzzoni Dina e Tonelli Simona descrivono la loro esperienza di stage ad Edimburgo, presso uno dei più importanti Centri di lettura dei pap test a livello mondiale, svoltasi dal 14 al 18 maggio 2001.

Qual'è l'ambito di miglioramento per il quale si è reso necessario lo stage?

Ci siamo posti tre obiettivi: ridurre al minimo l'errore diagnostico, dare risposte sempre più precise alle eventuali patologie, e dare maggiore attuazione alle Linee guida internazionali inerenti il controllo di qualità intra ed inter laboratorio, e cioè verificare la qualità del nostro lavoro sia all'interno che tramite il confronto con altri Centri.

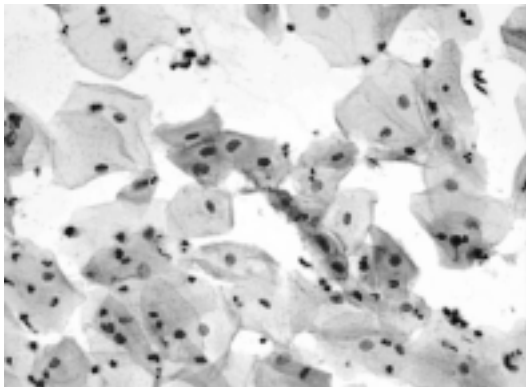
Quali sono i criteri che hanno orientato la scelta della struttura presso cui effettuare lo stage?

Gli accordi sono stati presi dalla Dr.ssa Prandi che da anni si occupa del progetto di qualità collaborando con Centri Internazionali; l'anno scorso in occasione del Congresso Internazionale di Citologia ha conosciuto la Dr.ssa McGoogan, responsabile del Centro in oggetto, che ha dimostrato immediatamente la disponibilità ad accogliere operatori sanitari Italiani presso il suo centro.

A questo proposito, ci sembra doveroso sottolineare l'impegno che la Dr.ssa Prandi ha dedicato per l'attuazione di questa iniziativa, che è la prima a livello nazionale in questo settore, oltre al fatto che per la prima volta personale non laureato viene inviato all'estero per fare formazione.

Riteniamo che questo sia stato un grosso successo a livello aziendale.

E' stato scelto Cytopathology Laboratory-Lothian University, diretto dalla Dr.ssa E. McGoogan, di Edimburgo in Scozia, in quanto rappresenta, nel mondo, uno dei migliori centri di lettura dei pap test, ma soprattutto è la sede dove è stato inventato il rescreeing rapido.



F In tutto il Regno Unito già da molti
O anni è in atto un programma di scre-
R ening di prevenzione del cervico car-
M cinoma e sono stati stanziati molti
A fondi per questo programma di sani-
Z tà pubblica; in particolare è stato ef-
I fettuato un grosso lavoro sui control-
O li di qualità nella diagnosi citologica
N E per diminuire gli errori diagnostici,
utilizzando pienamente le capacità
professionali degli operatori; oltre
alla lettura quotidiana una parte del
tempo dei citotecnici è occupata nel-
la rilettura dei preparati.

Anche nella nostra Regione è in atto
un programma di screening, e in par-
ticolare la Provincia di Reggio ha già
una esperienza decennale.

In tutti questi anni è stato modificato
e corretto il percorso del progetto per
poter offrire alle donne che eseguono
il pap test ciò che c'è di meglio come
prestazioni sia nel primo livello in
caso di test negativo, ma anche
nel secondo livello diagnostico in
caso di patologia.

*Con quali criteri è stata effettua-
ta la scelta di quali operatori
avrebbero partecipato allo stage?*

Essendo solamente in quattro ci-
totecnici, abbiamo convenuto che
più di due operatori non poteva-
no andare, per non ritardare ec-
cessivamente il lavoro del nostro
Centro.

La decisione su chi effettivamente
dovesse andare è stata presa
collettivamente.

*Con quale modalità generalmen-
te vengono prese le decisioni inerenti
la formazione e quale livello di priori-
tà avete dato a questo progetto?*

Tutte le decisioni vengono sempre pre-
se collettivamente.

Questo stage aveva la priorità su tutti
gli altri progetti formativi.

*Come veniva organizzato il lavoro du-
rante il periodo dello stage?*

Lo stage si è svolto nel periodo tra il
14 ed il 18 Maggio 2001, e si artico-

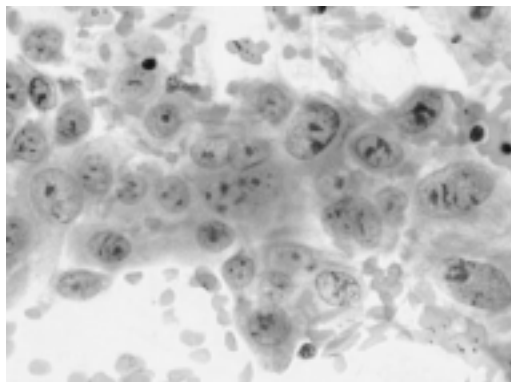


lava nel corso di tutta la gior-
nata. Al mattino si procedeva
all'esame di laboratorio trami-
te il metodo dello rescreeing
rapido, mentre al pomeriggio
si procedeva al riconoscimen-
to delle anomalie.

Vorremmo sottolineare che gli
accordi presi dalla Dr.ssa Pran-
di con la Dr.ssa McGoogan ri-
guardavano esclusivamente
l'apprendimento della tecnica
del rescreeing, quindi il lavo-
ro svolto durante il pomerig-
gio è stata una integrazione offerta
dal Centro stesso.

Hanno dimostrato nei nostri confron-
ti una grandissima disponibilità sia
a livello professionale che personale,
coinvolgendoci in tutte le loro attivi-
tà, andando ben oltre gli accordi ini-
ziali.

Vi hanno consegnato del materiale?

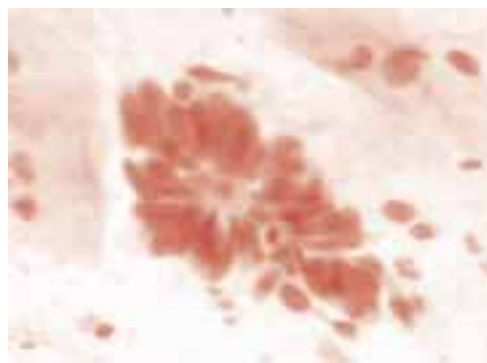


Moltissimo, oltre ad averci rilascia-
to un attestato e una copia dei risul-
tati del lavoro svolto.

*Quali sono gli stimoli che ritenete di
aver ricevuto e riportato al ritorno nel
vostro Cento?*

Innanzitutto vorremmo sottolineare
che abbiamo ricevuto un notevole ri-
conoscimento del nostro operato
(loro sono in 28 ed esaminano 96.000
vetrini l'anno, noi in 4 ne esaminia-
mo 33.000 ... sono rima-
sti molto stupiti quando
glielo abbiamo detto !!),
ci hanno mostrato mol-
to apprezzamento per il
nostro modo di lavorare,
e già questo primo risul-
tato per noi è stato fon-
damentale.

Abbiamo inoltre avuto
conferma dell'importan-
za che l'aggiornamento
e la formazione rivesto-
no per il nostro lavoro,
nella quale noi personal-
mente già credevamo



molto; abbiamo potuto riscontrare
quali livelli di risultati si possono ot-
tenere in un paese dove si crede mol-
to nella prevenzione, e dove c'è una
grande disponibilità di fondi.

Abbiamo compreso l'importanza del-
la collaborazione e del confronto, che
dovrebbe essere all'ordine del giorno
nel lavoro di qualsiasi ambito sani-
tario.

Infine, ma non ultimo per impor-
tanza, ci siamo rese conto di
quanto le condizioni di lavoro
siano determinanti per l'attendibi-
lità dei risultati dei test: duran-
te tutto il periodo dello Stage ab-
biamo lavorato in assoluto silen-
zio e massima tranquillità, per
nessun motivo potevamo essere
disturbati, non c'era nemmeno il
telefono nelle stanze in cui lavo-
ravamo.

Riteniamo di avere avuto una
grande opportunità nell'aver lavo-
rato all'interno di questo Cento,

e di questo dobbiamo ringraziare
oltre alla Dr.ssa Prandi anche il nostro
primario il Dr. Gardini, che hanno cre-
duto e si sono adoperati affinché que-
sto progetto divenisse realtà.

*In che modo vi proponete di condivi-
dere questa esperienza?*

Noi crediamo moltissimo nella condi-
visione, infatti appena siamo tornate,
abbiamo immediatamente insegnato
alle colleghe la tecnica imparata.

Ci proponiamo di impiegare la quoti-
dianamente nel nostro lavoro, e di in-
segnarla all'esterno a tutti coloro che
mostreranno interessamento.

Speriamo di poterlo fare il prima
possibile, non appena avremo recu-
perato il lavoro rimasto fermo duran-
te la nostra assenza.

Dr.ssa Annamaria Pisi

Ufficio Sviluppo Organizzativo

Dott.ssa Sonia Prandi

*Responsabile del Programma di Scre-
ening per l'Arcispedale S. Maria Nu-
ova e l'Azienda USL della Provincia di
Reggio Emilia*



Dall'8 giugno 2001 è partita la seconda fase sperimentale del progetto di Educazione Continua in Medicina. E' prevista la graduale estensione del progetto a tutti gli operatori della sanità.

Parte la seconda fase del progetto di Educazione Continua in Medicina.

Potranno così essere presentate proposte di corsi di aggiornamento, oltre che per medici ed odontoiatri, per tutte le professioni sanitarie: farmacisti, biologi, fisici, chimici, psicologi, infermieri, ostetriche, tecnici sanitari di radiologia medica, ecc. La fase **sperimentale** si concluderà il 31 dicembre 2001.

La seconda fase consentirà ulteriori approfondimenti ed il collaudo del "sistema" per tutti gli operatori della sanità prima della fase a regime e comporterà ancora l'attribuzione di crediti non utili ai fini del programma nazionale E.C.M.

Elemento indispensabile affinché un evento venga accreditato dalla Commissione nazionale per l'E.C.M. è il programma dell'evento completo,

per ciascun metodo di insegnamento dichiarato, dell'elenco degli argomenti previsti, con l'indicazione dei giorni, dell'orario e della sede (specie per le attività tutoriali) di rispettiva trattazione e dei relativi relatori/docenti, per questi ultimi è indispensabile un breve profilo.

Le scadenze della seconda fase sperimentale del progetto ECM sono le seguenti: **8 giugno**: partenza della seconda fase sperimentale. Da questa data possono iscriversi gli organizzatori di eventi formativi per tutte le professioni.

11 giugno: inizia l'accredito per eventi per **medici e odontoiatri** con la seguente sequenza temporale:

11-24 giugno: è possibile richiedere l'accredito per eventi che iniziano nei mesi di luglio e agosto;

25 giugno-10 luglio: è possibile richiedere l'accredito per eventi che iniziano nel mese di settembre;

11-31 luglio: è possibile richiedere l'accredito per eventi che iniziano nel mese di ottobre;

1 agosto-10 settembre: è possibile richiedere l'accredito per eventi che iniziano nel mese di novembre;

11-30 settembre: è possibile richiedere l'accredito per eventi che iniziano nel mese di dicembre.

20 giugno: inizia l'accredito di

eventi per **farmacisti, veterinari, infermieri, ostetriche, tecnici sanitari di radiologia medica, biologi, fisici, chimici e psicologi** con la seguente sequenza temporale:

20-30 giugno: è possibile richiedere l'accredito per eventi che iniziano nei mesi di luglio e agosto;

1-15 luglio: è possibile richiedere l'accredito per eventi che iniziano nel mese di settembre;

16-31 luglio: è possibile richiedere l'accredito per eventi che iniziano nel mese di ottobre;

1 agosto-10 settembre: è possibile richiedere l'accredito per eventi che iniziano nel mese di novembre;

11-30 settembre: è possibile richiedere l'accredito per eventi che iniziano nel mese di dicembre;

20 luglio-30 settembre: inizia l'accredito di eventi per **tutte le altre professioni sanitarie**.

Tutti gli eventi per i quali si richiede l'accredito devono concludersi entro il 31 dicembre 2001, termine della fase sperimentale.

Ulteriori informazioni possono essere recepite sul sito del Ministero della Sanità <http://ecm.sanita.it/>

Dr.ssa Annarita Guglielmi

Ufficio Sviluppo Organizzativo

Pubblico Impiego: *altro Testo (quasi) Unico*

Nel supplemento ordinario n.112 alla Gazzetta Ufficiale del 9 maggio 2001 è stato pubblicato il D.Lgs. 30 marzo 2001, n.165: "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche", emanato ai sensi dell'art.1, comma 8 della legge 24 novembre 2000, n. 340 (legge annuale di semplificazione).

Riproposizione coordinata ed aggiornata del D.Lgs.29/93, nei 73 articoli e 3 tabelle che lo compongono sono rivisitati tutti gli aspetti principali sull'organizzazione degli uffici e sui rapporti di lavoro e di impiego alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche, distinti tra personale e dirigenti e secondo i nove comparti sindacali in cui è attualmente divisa la pubblica amministrazione. Funzioni di indirizzo politico amministrativo dell'alta direzione; funzioni della dirigenza; sistema di relazioni con il pubblico; regole per la mobilità intra ed interdipartimentale; rappresentatività sindacale e sistema della contrattazione collettiva centrale e decentrata; disciplina delle mansioni e regime di incompatibilità; sanzioni disciplinari e responsabilità dei singoli dipendenti; funzioni di rilevazione e controllo della spesa; contenzioso del lavoro e relativa giurisdizione sono i principali argomenti trattati in questo testo che raccoglie le modifiche intervenute nel decennale processo di privatizzazione del pubblico impiego.

Senza sottacere la complessità intrinseca nell'intervenire in un settore tanto complesso, non ci sembra tuttavia condivisibile l'apprezzamento apparso sul Sole24ore di lunedì 21 maggio, laddove il provvedimento viene salutato quale "ulteriore passo in avanti nel processo di semplificazione delle regole che presidono al pubblico impiego".

Ci sembra piuttosto l'ennesimo "complesso" tassello di un corpus normativo ormai abnorme che contempla oltre 3000 leggi, tra normativa nazionale e regionale, tentativo incompiuto ed affrettato (il primo schema era titolato 'testo unico' e doveva abrogare gran parte delle leggi citate e non incisi di ainea di commi di articoli, come il presente) di un intervento di riordino complessivo ormai improrogabile nella misura in cui si intenda centrare gli ambiziosi obiettivi di efficacia, tempestività ed efficienza che la pubblica amministrazione persegue nel suo difficile futuro.

Di un testo "quasi" unico si poteva benissimo fare a meno.

Il testo completo è consultabile al sito intranet:

http://intranet/documenti/servizistaff/docuffaffarigiuridicilegali/pubblico%20impiego/d%20lq_vo%20165%202001.doc

Lorenzo Fioroni- Ufficio Affari Giuridici e Legali

Appunti

da un viaggio di studio



L'educazione medica continua e la ricerca al Barnes Jewish Hospital ed alla Washington University di St. Louis nel Missouri.

Nel maggio 2001 mi è stata data la possibilità, raggiunta la maturità professionale, di poter guardare allo sviluppo della professione di medico chirurgo ospedaliero da un osservatorio posto un po' più in alto del proprio quotidiano partecipando ad una visita al Barnes Jewish Hospital (BJC) di St. Louis nel Missouri.

La visita organizzata dalla Direzione Aziendale del S. Maria Nuova per stabilire punti di collaborazione con il BJC mi è servita a verificare alcune osservazioni riportate da Colleghi nei vari soggiorni presso gli ospedali statunitensi. La prima riguarda il rapporto esistente tra formazione medica, ricerca ed assistenza tre componenti della qualificazione professionale che coesistono in una unica struttura sviluppando sinergie e potenziamento reciproco. Gli istituti di ricerca sono motori che assorbono tante energie ma creano anche tante occasioni di realizzare della scienza medica tangibile, simboleggiata nell'atrio della Washington University da 16 volti di scienziati che hanno raggiunto il premio Nobel lavorando presso quei laboratori, le uniche due donne di origine italiana la professoressa Levi-Montalcini e la professoressa Cori; mi sono inginocchiato e mentre guardavo i loro volti non ho riscontrato analogie somatiche, ma ho percepito quanto può un ambiente idoneo sollecitare la mente e le azioni ad esprimere valori e contenuti di levatura mondiale. L'importanza di un "ambiente professionale" fecondo dà alla ricerca risultati eccellenti che vedono produrre oggi nei laboratori della Washington University cellule nervose per la sostituzione di segmenti di nervi, l'intera su-

perficie mucosa di una vescica protesica, la terapia su basi genetiche dei tumori o la robotizzazione delle manovre chirurgiche.

In questo ambiente di ricerca la formazione diventa lo strumento strategico per la diffusione delle conoscenze e della loro applicabilità nei vari campi della clinica medica. La ricerca viene applicata nei modelli didattici con regole chiare per l'accreditamento dei programmi formativi e le loro verifiche. La formazione ha una sua strutturazione per le fasi iniziali, ma quando coinvolge medici già laureati e specialisti si struttura come strumento che supporta i bisogni di sviluppo degli stessi professionisti che definiscono le loro priorità formative.

Il gruppo per l'ECM della Washington University organizza i progetti formativi per i medici statunitensi e per i loro partners con cui stabiliscono rapporti formativi.

Questi programmi portano ad una crescita reciproca di chi partecipa agli eventi formativi acquisendo crediti e di chi organizzando gli eventi determina sviluppo delle conoscenze e perfezionamento dei modelli didattici.

Sull'altra parete dell'atrio al fianco dei premi Nobel è possibile leggere i nomi dei migliori docenti della Washington University nei vari corsi che si sono tenuti nell'anno, i discenti hanno valutato al termine quelli di maggior impatto per la formazione e lo hanno premiato votandolo, in Italia il discente è solo esaminato non esiste la reciprocità della valutazione dei ruoli.

La formazione continua, ramo didattico della ricerca applicata, è sostenuta insieme alla ricerca da grandi sponsors istituzionali, ma soprattutto privati che vengono coinvolti, da chi organizzando la ricerca e la formazione fa capire qual è il livello di investimento in credibilità, produttività ed affidabilità derivante dalla sponsorizzazione dei progetti realizzata in quell'ambiente. Ad esempio una compagnia produttrice di aerei finanziando l'organizzazione e la for-



mazione in grandi ospedali in una nazione, determina l'affidabilità sociale di quella nazione in cui si incrementeranno gli scambi commerciali ed industriali, con evidente ritorno nell'incremento di vendita di aerei per le nuove relazioni; chi organizza questi momenti di profondi cambiamenti quindi determina innovazione, sviluppo ed investimenti, che alimentano ulteriori possibilità di ricerca e formazione. In questo ambiente particolare si percepisce quella che si definisce la spirale virtuosa delle scelte per il miglioramento che una volta generata nessuno può fermare. Questa realtà che una volta era lontana abbiamo avuto occasione di contattarla, conoscerla in pochi momenti, ma oggi non è più lontana grazie alle tecnologie di comunicazione presenti dove viene generata, sviluppata e messa a disposizione anche per i nostri ospedali ed ambulatori. La comunicazione telematica crea la disponibilità di informazioni e di modelli educativi messi a punto per diffondere quanto di meglio viene prodotto in queste realtà: nei primi 5 mesi del 2001 sono stati effettuati al BJC 70 trapianti di rene, di cui 30 da donatore vivente, trapianti di emifegato o di singolo lobo polmonare da donatore vivente; sono state messe a punto tecniche chirurgiche mininvasive sempre più orientate alla miniaturizzazione, terapie radioimmunometaboliche, diagnostiche avanzate integrate PET-TAC-RNM per la diagnosi delle neoplasie in fase sempre più precoce. La formazione genera così modelli di assistenza al paziente che vengono messi a punto, diffusi e verificati nel-

le situazioni più critiche offerte dai pazienti che raggiungono il BJC da tutti gli Stati Uniti e da circa 40 paesi al mondo.

L'assistenza trova il suo punto di forza in due momenti determinati gli esiti delle cure: una informazione minuziosa e completa al paziente sul suo stato di malattia e le sue possibilità di scelta da una parte e dall'altra la programmazione di piani diagnostici, terapeutici e riabilitativi derivati da decisioni assunte da équipes di medici ,chiamati a valutare e decidere per contestualizzare le esigenze cliniche del paziente alle più aggiornate procedure e linee guida messe a punto dai gruppi di ricerca della Washington University.

Il paziente non viene aggredito da una " forza terapeutica " dei medici ma partecipa alla scelta dei possibili sistemi di cura. L'informazione è completa ed esaustiva sui risultati dell'impiego delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche: la PET (tomografia ad emissione di positroni) è stata messa a punto nei laboratori della Washington University , il progetto per lo studio del genoma umano è stato realizzato per il 30% in questa sede ed oggi supportano le applicazioni cliniche per il trattamento delle malattie geneticamente indotte, così da poter prevenire lo sviluppo e la diffusione delle metastasi nei tumori impiegando la immunoterapia o bloccare l'evoluzione negativa di malattie genetiche come la mucoviscidosi realizzando il trapianto combinato di fegato e polmone nei pazienti pediatrici ,che ritornano ad una vita accettabile.

L'assistenza è il terzo punto di forza di questa realtà ma ho palpato con il senso della maturità che senza la formazione e la ricerca continua l'assistenza è tutt'altro che una scienza oggettiva ,affidabile e appropriata.

La nostra realtà deve portare a riflettere sui ruoli che oggi svolgono le facoltà di medicina, le aziende ospedaliere ,gli istituti di clinica e ricerca nello sviluppare progetti di ricerca e modelli di assistenza tra loro non coerenti e non finalizzati al raggiungimento degli standard migliori di salute , spesso invece orientati al mantenimento di chi assiste o ricerca in nome della salute.

Dott. Salvatore De Franco
Dirigente Medico
Modulo di Chirurgia Toracica

Progetto buone pratiche *in sanità*



Il Premio Andrea Alesini è stato istituito nel 1997 dal Tribunale per i diritti del malato.

Ha cadenza annuale: nel mese di marzo viene reso pubblico il bando; la scadenza per la presentazione dei progetti è il 30 settembre; la giornata celebrativa si tiene a metà dicembre.

Per avere informazioni:
internet: www.cittadinanzattiva.it
Tel. 06-36718395
e-mail: e.rosati@cittadinanzattiva.it

Una buona pratica deve essere caratterizzata, inoltre, da cinque requisiti.

- ◆ **Novità** (assoluta o comparata rispetto all'esistente)
- ◆ **Originalità** (capacità di prendere iniziative nuove o nuove per l'ambito di riferimento degli enti)
- ◆ **Beneficiabilità** (qualità di interventi o di percorsi in grado di risolvere almeno un aspetto di un problema)
- ◆ **Interdisciplinarietà** (capacità di cogliere, coinvolgere, integrare)
- ◆ **Valutabilità** (possibilità di valutare gli esiti/risultati, l'efficacia e l'efficienza/risparmio)

Che cosa è il programma Buone pratiche in sanità

Il programma **Buone pratiche in sanità** nato in collaborazione con Piner Sulcas spa nel 1995, ha come obiettivi principali la raccolta e la diffusione di esperienze di successo in campo sanitario, la costituzione di una rete degli operatori delle buone pratiche in sanità, l'interazione con soggetti istituzionali come operatori sanitari, aziende private, organizzazioni di cittadini al fine di promuovere cambiamenti, allargare iniziative, realizzare azioni concrete e miglioramento dei servizi sanitari.

Gli strumenti del programma Buone pratiche in sanità

La banca dati delle Buone pratiche in sanità (sul sito di Cittadinanzattiva www.cittadinanzattiva.it) è presente la banca dati delle Buone pratiche in sanità, espone il massimo numero di progetti premiati al Premio Andrea Alesini.

Verifiche e aggiornamenti annuali della banca dati sono volti a fornire dati aggiornati e tutti quegli operatori interessati a intervenire, possono ed eventualmente ripresentare esperienze simili nel loro ambito.

L'almanacco delle Buone pratiche in sanità "Insieme a più fare" è il titolo dell'almanacco delle Buone pratiche in sanità.

Esso è frutto della raccolta dei progetti della banca dati e del networking fra i soggetti promotori.

Il primo almanacco è stato presentato in occasione della seconda Conferenza nazionale sulle Buone pratiche in sanità nel dicembre 2000.

Gli autori, tutti operatori sanitari che in quell'anno hanno partecipato al Premio Andrea Alesini, raccontano la loro esperienza in cinque case dilettanti (Lunaticazione e il comitato albergo, la pediatra l'arcangelo, la salute mentale e la medicina al territorio. La scelta della pubblicazione è quella di dimostrare che "Insieme a più fare" è il frutto del lavoro di squadra degli operatori che già si divide e si collabora per questi operatori sanitari e cittadini come, sono testimoniati nel nostro

Good News

È il bollettino trimestrale di informazione sulla "sanità che funziona" a cura del Tribunale per i diritti del malato. Esso raccoglie le informazioni su attività, iniziative, esperienze realizzate, realizzando un fondamentale strumento di networking.

Il catalogo del Premio Andrea Alesini

Esso raccoglie i progetti che ogni anno la giuria del Premio individua come migliori. I progetti sono divisi in quattro categorie di merito: progetto vincitore, progetti affermati, progetti emergenti e premio speciale della giuria. Nel catalogo vengono sistematicamente riportate le attività che ogni progetto ha realizzato con i riferimenti dei responsabili di ciascun progetto.

La formazione

Obiettivo fondamentale del servizio è la formazione e l'alfabetizzazione degli operatori sanitari di strutture ospedaliere, servizi e applicative riguardanti le buone pratiche in sanità, così come emergono dal lavoro di raccolta e studio allegato online.

Il networking

L'attività di networking si svolge costantemente dalla partecipazione ad eventi, iniziative, convegni e soprattutto dalla cura quotidiana della rete attraverso contatti, ma anche il network, pagina bianca.

Viene inoltre messa in comune un database costantemente aggiornato contenente le informazioni relative ai soggetti affermati e non, interessati alle attività del progetto.

L'archivio

Tra le in ante ricezione sono disponibili circa 100 progetti relativi alle quattro edizioni del Premio Andrea Alesini già online, i progetti delle ultime due edizioni del Golden Health Award e della manifestazione Regionale 2008.

Ospedale senza fumo

Le attività svolte in ospedale
contro il fumo

Premessa

Nell'ultimo anno, su sollecitazioni provenienti direttamente dal Ministro della Sanità è aumentato da parte dei cittadini l'interesse verso il tabagismo, fenomeno complesso che ha implicazioni socio-culturali e sanitarie.

Il mancato rispetto del divieto di fumo, più volte segnalato anche dai mezzi di informazione, interessa più o meno diffusamente anche le aziende sanitarie, tra cui la nostra.

Con l'instaurarsi di un "clima" decisamente più favorevole al riconoscimento dei diritti dei non fumatori, alcuni utenti del nostro ospedale e parte degli operatori hanno chiesto e chiedono con forza l'applicazione della normativa vigente.

Gli sforzi di coloro che nella nostra Azienda sostengono le iniziative contro il fumo sono da anni orientati alla informazione e alla sensibilizzazione di operatori e utenti nei confronti della problematica tabagismo.

All'approccio di tipo informativo-educativo, riconosciuto come punto cardine dalle linee guida regionali, occorre affiancare una efficace sorveglianza sul rispetto del divieto di fumo. Queste azioni sul campo sono state affidate ai referenti presenti in ogni Unità Operativa/Servizio.

Fiduciosi che una tattica d'intervento fondata sulla gradualità degli interventi possa portare nel breve-medio periodo a risultati concreti, riportiamo di seguito una sintesi delle attività svolte in Azienda contro il fumo. Confidiamo che le informazioni non solo siano d'aiuto a chi ha intenzione di smettere di fumare ma che, soprattutto, vengano recepite dai fumatori come invito forte a rispettare i diritti di coloro che non fumano.

Task-force Antifumo

Da alcuni anni nella nostra Azienda alcuni operatori particolarmente sensibili alla problematica del fumo si



riuniscono periodicamente per decidere le strategie da mettere in atto nella lotta al tabagismo.

Il gruppo di lavoro, denominato "Task-force Antifumo", risulta così rappresentato:

Dott. Mirco Pinotti, *Direzione Medica di Presidio*

Dott. Davide Panella, *Direzione Medica di Presidio*

Dott. Roberto Toffanetti, *Unità Operativa di Pneumologia*

Dott. Ermanno Rondini, *Unità Operativa di Oncologia*

Dott. Guglielmo Ferrari, *Unità Operativa di Chirurgia Toracica*

Dott.ssa Debora Formisano, *Ufficio Sviluppo Organizzativo*

Sig.ra Maria Anna Fichera, *Ufficio Epidemiologico*

L'obiettivo che la "Task-force Antifumo" ha inteso perseguire sin dall'inizio del suo operato è stato la sensibilizzazione degli operatori e degli utenti nei confronti della problematica tabagismo.

Le principali iniziative realizzate in collaborazione con la Lega Italiana Lotta contro i Tumori (LILT) sono state la messa a punto e diffusione di materiale informativo, il posizionamento di grandi posacenere all'esterno dell'ospedale e l'affissione di manifesti in punti strategici di accesso all'ospedale e all'ingresso delle unità operative.

Progetto regionale tabagismo

Nel 1999 una Deliberazione della Giunta Regionale definisce le linee di indirizzo sugli interventi per la prevenzione del tabagismo e dei problemi correlati al fumo. Le linee guida regionali si propongono di promuovere la cultura del non fumo attraverso esempi positivi e azioni persuasive, evitando di limitarsi ad interventi sanzionatori, ma integrando gli aspetti normativi con quelli educativi e di promozione della salute.

Progetto "Provincia senza fumo"

A seguito dell'adesione della nostra Azienda al "Progetto regionale tabagismo", alcuni sanitari sono stati individuati quali responsabili della realizzazione di sottopro-



a cura di Mimmo Tagliavacchi

getti afferenti al Gruppo interaziendale Azienda Ospedaliera - Azienda USL di Reggio Emilia *Provincia Senza Fumo*, coordinato dal Presidente dell'Ordine dei Medici Dott. Giovanni Baldi:

- Sottoprogetto "Prevenzione dell'abitudine al fumo tra gli studenti della scuola dell'obbligo"
Dott. Ermanno Rondini
- Sottoprogetto "Corsi intensivi per smettere di fumare"
Dott. Ermanno Rondini
- Sottoprogetto "Ospedali e Servizi Sanitari senza fumo"
Dott. Roberto Toffanetti

Il sottoprogetto "Ospedali e Servizi Sanitari senza fumo" ha portato all'attivazione del Centro antifumo, di cui è responsabile il Dott. Roberto Toffanetti, e alla messa in atto di una serie di iniziative aziendali contro il tabagismo (Progetto "Ospedale senza fumo").

Centro antifumo

Il Centro antifumo è situato presso la Fisiopatologia Respiratoria, ai Poliambulatori, con accesso regolato da appuntamento telefonico, da prendersi al 6577, tutte le mattine fra le 11 e le 13.

In questo anno di attività vi è stato un accesso, su richiesta del medico curante, in continuo incremento per quel che riguarda i pazienti esterni, mentre solo un numero limitato di operatori della nostra Azienda si è rivolto al Centro per apprendere i percorsi possibili per la disassuefazione dal fumo, malgrado il tabagismo sia molto diffuso fra il personale dipendente. I risultati del questionario di rilevazione distribuito nell'ottobre 2000 documentano infatti la presenza del 30% di fumatori rispetto al numero totale di dipendenti, percentuale lievemente superiore a quella dell'ISTAT sulla popolazione generale : 26-27 %.

Le potenzialità per migliorare questi dati ci sono: si è già formata una rete di referenti presenti in ogni unità operativa per aiutare il fumatore, informandolo, a smettere di fumare e per diffondere la cultura del non fumo.



Inoltre, in concomitanza al posizionamento della cartellonistica con l'indicazione del divieto di fumo e dei soggetti cui spetta la vigilanza, in ogni unità operativa sarà individuato, di comune accordo fra fumatori e non fumatori, un locale e uno solo, dove provvisoriamente si possa fumare, lontano dai pazienti e dal pubblico, rispettando il concetto che il fumo passivo nuoce alla salute e chi non fuma ha il diritto di respirare una aria non inquinata.

Progetto "Ospedale senza fumo"

L'obiettivo del progetto è la realizzazione nel più breve tempo possibile di un ospedale libero dal fumo, che tuteli concretamente la salute di operatori ed utenti.

La Direzione sanitaria ha richiesto ad ogni responsabile di Unità Operativa/Servizio di individuare un referente che potesse farsi portavoce delle iniziative aziendali per la lotta contro il fumo e rappresentasse in prima persona il modello di non fumatore o di fumatore "responsabile".

I referenti hanno partecipato ad incontri nel corso dei quali è stato presentato il Progetto regionale tabagismo e sono state date informazioni riguardanti il loro ruolo di incaricati della sorveglianza del rispetto del divieto di fumo e, soprattutto, di educatori alla salute. Nella tabella 1 sono riportati i nominativi dei referenti di ogni Unità Operativa/Servizio.

Nell'ottobre dello scorso anno, secondo le indicazioni regionali, i referenti hanno distribuito questionari a pazienti ed utenti per valutare l'efficacia della segnaletica contro il fumo,

e agli operatori delle Unità operative/Servizi di appartenenza per la rilevazione dell'abitudine al fumo nel personale dipendente. I dati raccolti attraverso la distribuzione dei questionari costituiscono una base di conoscenza del fenomeno e consentiranno nelle rilevazioni successive di monitorare l'efficacia degli interventi messi in atto. Nei prossimi numeri del giornale aziendale saranno restituiti i dati della ricerca.

Iniziativa allo studio e in corso

Zona bar S. Maria Nuova

E' allo studio la realizzazione di una "zona fumatori" adeguatamente ventilata in prossimità del bar dell'ospedale. Dall'aprile u.s., in concomitanza alla rimozione dei posacenere, la Sig.ra Marianna Fichera dell'Ufficio Epidemiologico si reca quotidianamente sul posto al fine di vigilare sul rispetto del divieto di fumo e di promuovere l'iniziativa aziendale mediante la consegna di materiale informativo.

Regolamento aziendale

E' in corso l'elaborazione del regolamento aziendale per l'applicazione della normativa sul divieto di fumo.

Cartellonistica

E' in corso il posizionamento nelle Unità Operative e nei Servizi di cartelli con l'indicazione del divieto di fumo e dei soggetti cui spetta la vigilanza.

Dott. Panella Davide

Dirigente Medico

Direzione Medica di Presidio



La frontiera possibile

La prima schiavitù è la frontiera.

Chi dice frontiera, dice fasciatura, cancellate la frontiera, levate il doganiere, togliete il soldato, in altre parole siate liberi; la pace seguirà.

Victor Hugo

In tutto il mondo ci sono milioni di persone che camminano senza una meta, senza un luogo dove fermarsi, con il desiderio forte nel cuore di tornare a casa. Sono persone che sfuggono dalla miseria, dalle guerre, da catastrofi naturali. Sono rifugiati, sfollati o quelli che, nell'inglese delle associazioni umanitarie, si chiamano i "*displaced people*", un termine efficace per nascondere la realtà cruda di coloro



che, spostati dalla propria casa, dalle proprie terre o tradizioni, spesso non hanno dignità di esistere nemmeno come popolo perché così conviene ai signori della guerra e dei nazionalismi esasperati.

Gli uomini, le donne, i bambini che intraprendono viaggi difficili nella speranza di trovare da noi benessere, sicurezza, libertà, sono oggetto di una "tratta di uomini" che, gestita da bande internazionali e in "collaborazione" con mafie locali, è uno degli affari illeciti più redditizi del terzo millennio (in Italia, sono tre i mercati accertati di clandestini: prostituzione, lavoro nero, accattonaggio minorile).

Da tempo ormai, la realtà degli immigrati e dei rifugiati che arrivano nel nostro paese in cerca di lavoro e di asilo politico ci riguarda da vicino.

Come operatori sanitari, nel lavoro quotidiano, abbiamo occasione di riconoscere la clandestinità, la miseria, lo sfruttamento e la violenza ma anche la possibilità di vedere come un programma integrato di collaborazione tra ospedale e strutture del territorio (ambulatori, centro per le famiglie, centro missionario diocesano ed altri), possano favorire l'inserimento e l'integrazione, pur nel rispetto delle diversità culturali.

L'immigrazione trasforma inevitabilmente il nostro habitat.

La società del domani sarà una società multiculturale. Lo sarà con i problemi e le difficoltà che ogni diversità razziale, religiosa, sociale ed economica porta con sé.

I concetti di integrazione, di tolleranza, solidarietà diventano un impegno urgente e devono essere nuovamente discussi e approfonditi alla luce dei nuovi fenomeni interculturali.

Vi vogliamo offrire, allora, alcuni links scelti per chi non vuole perdere l'opportunità di comprendere le ragioni di migliaia di persone che ogni anno arrivano in Italia e le difficoltà che esse incontrano:

Alto Commissariato della Nazioni Unite per i Rifugiati (<http://www.unhcr.ch/>);



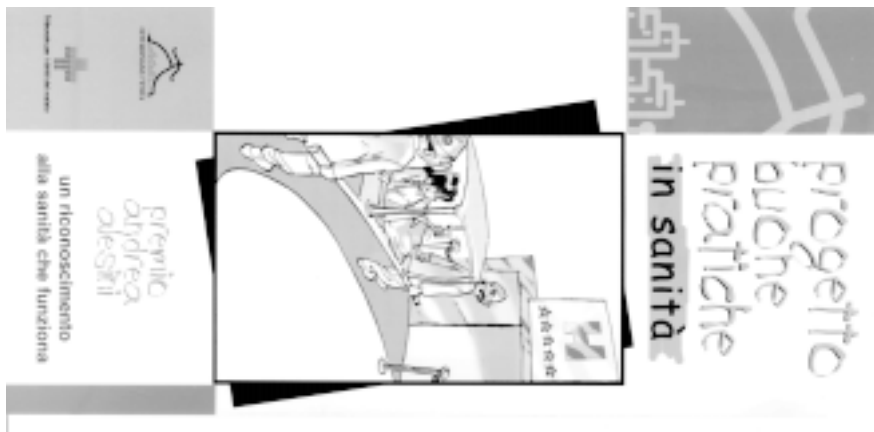
Centro studi immigrazione (<http://www.cestim.org>) e la ricchissima oltre che interessante pagina dei siti Web per argomento; Sistemi e culture: per una educazione alla cultura dei popoli (<http://www.click.vi.it/sistemiculture/index.html>)

Lo studio di uno studente infermiere volto a misurare come l'infermiere vive il fenomeno dell'immigrazione all'interno della struttura ospedaliera e qual è il suo atteggiamento di base di fronte all'immigrato nel quadro del confronto interculturale e interetnico (<http://www.click.vi.it/sistemiculture/Bortolaso2.html>);

I links presentati dal progetto Melting Pot Europa (<http://www.meltingpot.org/italiano/links.htm>).

Patrizia Copelli - Diploma Universitario per Infermiere

Patrizia Beltrami - Neonatologia



ciali della o Sport

N
O
M
I
N
E

In occasione del X Congresso Nazionale della Società Italiana di Cardiologia dello Sport (S.I.C. Sport) svoltosi ad Ostia il 14-16 Giugno u.s. sono state rinnovate le cariche sociali ed è stato eletto alla Presidenza il Dr. Umberto Guiducci, Primario della U.O. di Cardiologia dell'Ospedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia e Direttore del Dipartimento Area Critica.

Il Dr. Guiducci, che da molti anni è nel Consiglio direttivo della Società, succede al Prof. Paolo Zeppilli, Insegnante di Cardiologia e di Medicina dello sport all'Università Cattolica di Roma e da anni medico della squadra nazionale di calcio. Si tratta di un riconoscimento scientifico di grande prestigio, stante che la suddetta Società, forte di oltre 500 soci, da oltre 20 anni svolge ricerca sugli effetti dell'esercizio fisico e dello sport sull'apparato cardiocircolatorio, sia in

soggetti sani che in soggetti cardiopatici. Questa Società scientifica ha come organo ufficiale la rivista Sports Cardiology con elevato impact factor, sulla quale scrivono anche Autori stranieri.

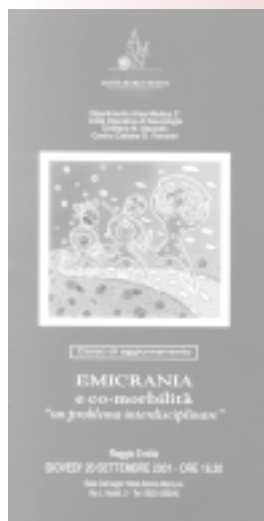
Con questo riconoscimento, il Dr. Guiducci completa il suo iter culturale e organizzativo nella Medicina dello Sport ed in particolare nella Cardiologia dello Sport che iniziò nel 1976 quando si specializzò in questa disciplina. La U.O. di Cardiologia dell'Arcispedale S. Maria Nuova è convenzionata con la Scuola di Specializzazione in Medicina dello Sport dell'Università di Modena e dell'Università Cattolica di Roma con le quali sono in atto importanti collaborazioni scientifiche e didattiche.

Recentemente ha istituito presso la U.O. di Cardiologia il "Centro per lo studio dell'attività fisica e sportiva in età medio-avanzata".

E' proprio sulle problematiche dell'atleta dopo i 35 anni che si concentrano gli interessi culturali dell'Équipe ospedaliera del Dr. Guiducci, al quale viene riconosciuto di aver affrontato e puntualizzato fra i primi in Italia i benefici e i rischi della pratica sportiva dopo i 35 anni e della pratica sportiva nel cardiopatico.

Il grande travaglio che sta attraversando il mondo dello Sport non solo per le problematiche del doping, ma anche per le problematiche riferite ai rischi da sport trova nella nostra Città un punto di riferimento culturale di alto livello: infatti anche al recente Congresso Nazionale al Dr. Guiducci è stata assegnata una relazione di alto contenuto scientifico ed organizzativo a titolo: "Come utilizzare le risorse umane ed economiche nella ricerca delle cardiopatie a rischio di morte improvvisa da sport"..

CONVEGNI CONVEGNI CONVEGNI CONVEGNI CONVEGNI



20-09-2001

U.O. di Neurologia

Corso di aggiornamento
EMICRANIA e co-morbilità
"un problema interdisciplinare"

Hotel Astoria Mercure - R.E.



15-16-17/11/2001

Dipartimento Materno Infantile
U.O. di Neuropsichiatria Infantile

**XXVII CONGRESSO
NAZIONALE SOCIETA'
ITALIANA DI
NEUROPEDIATRIA**

Sala Magnani - R.E.

Nuovi percorsi di facilitazione dell'accesso

Deburocratizzazione e semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Sesso la pubblica amministrazione è accusata di far perdere tempo ai cittadini, costringendoli a compiere percorsi tortuosi tra i vari uffici e sportelli, prima di potere accedere al servizio richiesto. La sanità non è certo esente dal problema. In Emilia Romagna, e in particolare nella nostra provincia, si è quindi avvertito il bisogno di semplificare l'accesso dei cittadini ai servizi sanitari. Sono stati soprattutto i professionisti a diretto contatto con i pazienti a cogliere per primi quest'esigenza, peraltro esplicitata anche nel Piano Sanitario Regionale. L'attenzione su questi temi nella nostra realtà è sempre stata elevata, come dimostrano gli esempi positivi del Day service e della presa in carico del paziente fisiatrico, o l'esperienza delle ecografie critiche, diventata una sorta di modello per la gestione delle «urgenze differibili».

Si sono costituiti due gruppi, uno a livello regionale e uno presso l'Ordine dei Medici della Provincia di Reggio Emilia. Al loro interno i rappresentanti delle principali organizzazioni sindacali mediche hanno cercato di definire nuovi percorsi e nuovi strumenti, per rendere più semplice l'accesso dei pazienti ai servizi specialistici ambulatoriali, con l'obiettivo di realizzare modelli organizzativi integrati tra i professionisti.

Le due commissioni, alla fine dei loro lavori, hanno elaborato le direttive:

- ✓ *Delibera della Giunta Regionale n°2142 del 28.11.2000 sulla «Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali»;*
- ✓ *«Deburocratizzazione delle procedure di accesso alle prestazioni sanitarie».*

I punti salienti delle direttive possono essere così riassunti:

- ⇒ determinazione delle responsabilità derivanti dal ruolo assunto, nei vari momenti prescrittivi, dallo specialista ospedaliero, territoriale e dal medico di medicina generale (MMG);
- ⇒ riconoscimento di un ruolo centrale dello specialista ospedaliero e territoriale nell'ambito della gestione dei percorsi attivati dal

MMG;

- ⇒ introduzione di procedure e di strumenti, concordati tra professionisti tesi a rendere operativo un nuovo modello organizzativo della specialistica ambulatoriale, in cui trova collocazione anche l'attività ambulatoriale complessa (day service);

- ⇒ individuazione di un nuovo modello di richiesta/referto, utilizzabile all'interno delle aziende sanitarie, funzionale al processo di semplificazione.

L'applicazione delle direttive, sia nella nostra Azienda che nell'Az. Usl, è iniziata a partire dalla fine di dicembre 2000. Nei mesi e nelle settimane precedenti si sono tenuti incontri sia con i medici delle Unità Operative, che con i Servizi di Informatica e il personale amministrativo di accettazione, per spiegare in modo dettagliato gli obiettivi delle iniziative promosse e discutere delle novità introdotte con l'applicazione delle nuove modalità di accesso. L'impatto dell'applicazione delle direttive ha riguardato principalmente i professionisti che lavorano negli ambulatori e il personale amministrativo, sia quello a diretto contatto con il pubblico che quello addetto al «back office». Nella fase iniziale si sono incontrate difficoltà legate principalmente alla scarsa familiarità con i nuovi percorsi e i nuovi strumenti, sia da parte dei pazienti che da parte degli operatori. Evidentemente lo sforzo fatto per informare le persone interessate non è stato sufficiente. Tutt'oggi vi sono ancora problemi relativi all'applicazione delle direttive sulla Deburocratizzazione e la Semplificazione dell'accesso, in particolare per quel che riguarda:

- **la compilazione delle richieste di prestazioni da parte degli specialisti.** Nel caso che, per dare risposta al quesito diagnostico del medico di medicina generale, lo specialista ritenga necessari ulteriori esami o consulenze, deve redigere egli stesso le richieste, evitando di rinviare il paziente al MMG. Le richieste possono essere compilate o sui nuovi moduli a prescrizione multipla allegati al referto prestampato (*tsk*), o sul ricettario del SSN.

- **moduli prestampati.** In alcune Unità Operative sono ancora utilizzati moduli prestampati, con frasi del tipo: «Egr. Collega, La prego di fornire il Paziente di impegnativa redatta su ricettario del SSN relativa a ...», spesso consegnati al paziente da personale tecnico o infermieristico. Questa prassi è in evidente contrasto

con quanto definito nella direttiva regionale e provinciale e deve quindi essere eliminata.

- **spreco di carta.** La maggior parte dei nuovi moduli a prescrizione multipla stampati non è utilizzata. Una soluzione di questo problema sarà la possibilità di stampare direttamente negli ambulatori il *tsk* e i suoi eventuali allegati.

- **corretta compilazione delle richieste.** Sono frequenti i casi di richieste compilate in modo incompleto o errato, soprattutto nel campo *esenzioni*, sia da parte dei MMG che da parte degli specialisti. È poi il personale addetto agli sportelli di accettazione amministrativa (Cassa e Poliambulatori) a risentire maggiormente degli effetti di questa errata compilazione. Si è ancora in attesa di poter dotare tali operatori di idonei strumenti informatici per agevolarli in questo compito.

La Deburocratizzazione e la Semplificazione dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali hanno l'obiettivo principale di migliorare il rapporto fra l'utenza ed il SSN, riducendo, quando possibile, il numero degli accessi. Rimandare il paziente al collega per la trascrizione di una richiesta, comporta principalmente un disagio per il paziente, una persona che il più delle volte si trova già in una condizione di sofferenza per motivi di salute.

Si ritiene non sia conforme agli interessi dell'utente pensare «... deve comunque recarsi dal suo medico di medicina generale per riferire dell'esito della visita specialistica ...», perché in realtà per il paziente è preferibile poter effettuare la prenotazione nell'ambito dello stesso accesso e tornare dal medico di famiglia una volta completato l'iter diagnostico. Il riconoscimento del ruolo centrale dello specialista nella gestione dei percorsi attivati dai colleghi, come specificato nella Delibera Regionale sopra citata, ha sicuramente un peso diverso rispetto al delegare ad altri la compilazione di una richiesta.

Dott.ssa Iva Manghi

Direttore Sanitario

Dott. Mirco Pinotti

Dirigente Medico

Direzione Medica di Presidio

Approvvigionamenti via INTERNET

Con dispositivo n°553 del 12.04.2001 il Servizio Acquisti, nell'ottica di ottimizzazione delle procedure di acquisto, ha avviato un progetto di sperimentazione congiunta



**Medstoxx - Arcispedale Santa Maria Nuova
per gli approvvigionamenti via INTERNET.**



Cos'è Medstoxx

Il portale Medstoxx è una piattaforma internazionale di commercio elettronico (e-markeplace) rivolta al mercato delle forniture sanitarie: materiale di consumo, attrezzature medicali, articoli di convivenza; *(sono esclusi, in questa prima fase, gli acquisti di stretta competenza farmaceutica).*

Medstoxx ci offre la possibilità di creare gare "on-line", è un "e-markeplace", una piazza dove si incontrano domanda ed offerta che, attraverso un mutuo scambio di informazioni e proposte, arrivano ad un accordo e quindi alla conclusione di un business.

Scopo prioritario dell'iniziativa è quello di gestire in autonomia gli acquisti di prodotti e servizi, secondo le nostre procedure aziendali, utilizzando lo strumento informatico messi a disposizione da Medstoxx Exchange (tecnologia Oracle).

L'utilizzo di questo strumento è rivolto agli acquisti per contratti di fornitura di valore inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria in materia (<200.000 €), secondo le norme definite nell'atto aziendale.



Il progetto è così strutturato:

1. Obiettivo dell'intervento
2. Piano di lavoro
3. Ruolo di Medstoxx
4. Ruolo dell'Arcispedale Santa Maria Nuova



Obiettivo dell'intervento

- a) Verifica dell'adattabilità dello strumento Exchange di Medstoxx alle procedure di acquisto dell'Azienda Ospedaliera.
- b) Verifica delle potenzialità di Medstoxx Exchange nel rispondere ai criteri di efficacia ed efficienza per le nostre risorse aziendali e di effettivo risparmio economico (a parità di parametri qualitativi) sulle forniture
- c) Verifica delle attività proposte da Medstoxx nella formazione degli utenti destinati all'utilizzo di Exchange
- d) Verifica delle attività proposte da Medstoxx nell'informazione rivolta al pubblico (micromarketing sul singolo progetto)

Piano di lavoro

In riferimento agli obiettivi si definiscono le seguenti attività di lavoro, che verranno svolte nelle diverse cronologie di sviluppo della procedura d'acquisto:

Fase 1: pre-asta

- a) Corso di formazione personalizzato alle funzioni di utilizzo di Exchange da parte di ogni singolo utente; corso per TPA (Trading Partner Administrator) e per utenti destinati a "comporre un'asta"
- b) Identificazione degli acquisti da fare utilizzando Medstoxx Exchange
- c) Identificazione dei potenziali fornitori da contattare da parte di Medstoxx

Fase 2: l'asta

- a) Totale autonomia su tutto ciò che compete il contenuto specifico dell'acquisto da parte dell'Arcispedale S.M.Nuova.
- b) Call center (numero verde) a disposizione dei fornitori gestito da Medstoxx per supporto tecnico relativo all'utilizzo di Exchange (indipendente dal contenuto dell'asta, che è di totale pertinenza dell'Arcispedale Santa Maria Nuova)
- c) Supporto tecnico presso le aziende da parte di Medstoxx relativo all'utilizzo di Exchange (indipendente dal contenuto dell'asta, che è di totale pertinenza dell'Arcispedale Santa Maria Nuova)
- d) Monitoraggio dello stato dei lavori



