



ARCISPEDALE  
SANTA MARIA NUOVA

AZIENDA OSPEDALIERA  
REGGIO EMILIA

Regione Emilia-Romagna

# Notizie

*Il nuovo Ospedale nell'Ospedale*

## L'Ospedale nell'Ospedale ha finalmente aperto le sue porte

pag. 3



## Meeting fra S. Maria Nuova e Washington University

da pag. 13



*Servizio Infermieristico e Tecnico*

## ASSESSMENT

## Il primo passo: la valutazione

pag. 4



*Dipartimento Materno Infantile*

## La terapia del sorriso

pag. 30



# SOMMARIO

Novembre / Dicembre 2003

- Pag. 3** *Il nuovo Ospedale nell'Ospedale*  
**L'Ospedale nell'Ospedale**  
**ha finalmente aperto le sue porte**
- Pag. 4** *Servizio Infermieristico e Tecnico*  
**ASSESSMENT**  
**Il primo passo: la valutazione**
- Pag. 5** *Servizio Infermieristico e Tecnico*  
**Il valore dell'integrazione:**  
**diario di un progetto di formazione**
- Pag. 8** *Servizio Infermieristico e Tecnico*  
**La fonte della rigenerazione**  
**per chi si occupa della gente:**  
**prevenzione e cura della sindrome del Burn out**
- Pag. 10** *Dipartimento Area Medica 2A*  
**Il malato cronico e la rilevazione della qualità**  
**percepita: un percorso quali-quantitativo**  
**presso il Servizio Dialisi**
- Pag. 12** *Servizio Prevenzione e Protezione*  
**Igiene del lavoro in... ampliamento**
- Pag. 13** *Meeting fra S. Maria Nuova e Washington University*  
**Innovazione e sviluppo**  
**all'Arcispedale S. Maria Nuova**
- Pag. 16** *Meeting fra S. Maria Nuova e Washington University*  
**Imaging Metabolico PET**  
**per una moderna radioterapia**
- Pag. 19** *Meeting fra S. Maria Nuova e Washington University*  
**Gemellaggio in area infermieristica e tecnica**
- Pag. 20** *Meeting fra S. Maria Nuova e Washington University*  
**Gateway to the west**
- Pag. 24** *Meeting fra S. Maria Nuova e Washington University*  
**Innovazione e ricerca in biologia molecolare**
- Pag. 25** *Meeting fra S. Maria Nuova e Washington University*  
**Progetto Proteomica**
- Pag. 26** *Meeting fra S. Maria Nuova e Washington University*  
**La realtà dell'emergenza in Italia e nel Missouri:**  
**un confronto possibile fra due realtà così lontane**
- Pag. 28** *Meeting fra S. Maria Nuova e Washington University*  
**Dalla teoria alla pratica clinica**
- Pag. 29** *Meeting fra S. Maria Nuova e Washington University*  
**Prospettive nella Rete**
- Pag. 30** *Dipartimento Materno Infantile*  
**La terapia del sorriso**

## NOTIZIE

PERIODICO BIMESTRALE  
dell'ARCISPEDALE S. MARIA NUOVA  
di REGGIO EMILIA  
Reg. Trib. di Reggio E. n. 940 del 11/02/97  
ANNO IX - 2003 - N. 5/6  
Spedizione in abbonamento postale  
art. 2 comma 20/c legge 662/96.  
Filiale di Reggio Emilia

### Direttore Responsabile

Barbara Curcio Rubertini

### Comitato di Redazione

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

### Hanno collaborato a questo numero

Pietro Accardo  
Oriella Bianchini  
PierPaolo Borgatti  
Maria Brini  
Bruno Casali  
Barbara Curcio Rubertini  
Salvatore De Franco  
Anna Maria Ferrari  
Leonida Grisendi  
Giovanni Guatelli  
Marina Iemmi  
Maria Grazia Manini  
Iva Manghi  
Annalisa Pilia  
Carmen Prandi  
Marzia Prandi  
Roberta Saccani  
Diana Salvo  
Patrizia Sangalli  
Lidia Scalabrini  
Francesca Scamardella  
Ivana Spaggiari  
Enrica Tamagnini  
Annibale Versari  
Nicoletta Vinsani  
Francesca Zuelli

### Progetto Grafico

Scriba - Forlì

### Sede Redazione

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

### Stampa

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

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

# L'Ospedale nell'Ospedale ha finalmente aperto le sue porte

A cura di:

**Dott.ssa Iva Manghi** Direttore Sanitario

*Il nuovo edificio ospedaliero, al centro della nostra attenzione da ormai diversi mesi, ha finalmente aperto i battenti e, con i suoi oltre 43.000 metri quadrati di superficie, è andato a sostituire l'ormai non più attuale Padiglione Spallanzani, permettendo inoltre l'aggregazione delle Radiologie, la collocazione su un unico piano di tutti i Laboratori e la realizzazione di un Pronto Soccorso all'avanguardia per spazi e tecnologie.*

Ed è proprio nella camera calda del nuovo Pronto Soccorso, fiore all'occhiello della nuova struttura, che si è svolta domenica 28 settembre 2003 l'inaugurazione ufficiale dell'edificio, a cui hanno partecipato oltre ai numerosi dipendenti dell'Azienda, agli operatori del settore, alle organizzazioni di volontariato, anche importanti autorità, tra cui il Presidente della Commissione Europea, Romano Prodi, il Presidente della Regione, Vasco Errani, l'Assessore Regionale alla Sanità, Giovanni Bissoni, il Presidente della Provincia, Roberto Ruini e il Sindaco di Reggio Emilia, Antonella Spaggiari e molti altri.

L'inaugurazione del nuovo ospedale ha segnato un momento importante per la città e la provincia di Reggio Emilia, un passaggio storico per la sanità locale e la comunità reggiana, come testimoniato dalla presenza di diversi esponenti delle amministrazioni locali, ma anche e soprattutto di numerosi cittadini comuni che non hanno voluto mancare al simbolico taglio del nastro. La giornata, iniziata con un black out elettrico nazionale che ha collaudato in modo inatteso il nuovo edificio ed evidenziato gli ottimi sistemi di sicurezza dell'ospedale, si è svolta in un clima festoso ed accogliente e si è conclusa nel migliore dei modi con alcuni eventi collaterali alla manifestazione (concorso fotografico, torneo di calcio), che hanno rappresentato peraltro una insolita ma altrettanto piacevole occasione di incontro e aggregazione degli operatori del Santa Maria Nuova al di fuori della quotidiana attività lavorativa. Il giorno seguente all'inaugurazione si è dato poi avvio alla fase dei trasferimenti, che ha interessato dapprima le Strutture di Pronto Soccorso, Medicina d'Urgenza e i reparti del padiglione Spallanzani e infine i Laboratori (nel mese di settembre si era provveduto quasi esclusivamente al trasferimento delle Radiologie). Chi ha avuto già modo di occuparsi di un trasferimento, ad esempio di un reparto o più semplicemente di un singolo ambulatorio, conosce bene, o può più facilmente immaginare, le numerose problematiche che devono essere affrontate e superate, tanto più se vi è la necessità di garantire la continuità assistenziale e di trasferire anche i degenti ricoverati.

È proprio con questi problemi, ulteriormente amplificati dalla complessità tecnologica ed organizzativa delle Strutture implicate, che ci siamo misurati in questi ultimi mesi. I numerosi incontri, le frequenti

discussioni, i necessari sopralluoghi, che si sono succeduti per tutto il 2003, pur richiedendo un impegno aggiuntivo a tutti gli operatori, medici e infermieristici, tecnici e amministrativi, hanno consentito, attraverso l'accurata pianificazione delle operazioni, di concludere il trasferimento di tutte le Strutture in un arco di tempo di appena tre mesi, rispettando per ognuna di esse la data concordata e riducendo al minimo i disagi sia dei degenti, sia degli utenti che hanno continuato ad accedere ogni giorno al nostro Ospedale. Ora, a trasferimento concluso, è necessario dare avvio ad una serie di azioni correttive o semplicemente migliorative che, da una parte, facilitino l'inserimento degli operatori nei nuovi spazi e ne consentano un più rapido adattamento, dall'altra, permettano di raggiungere l'obiettivo di una maggiore "umanizzazione" dell'ambiente ospedaliero, ovvero una ambientazione più a misura d'uomo e pertanto con percorsi semplificati, segnaletica più chiara, comfort più elevato.





# ASSESSMENT

## Il primo passo: la valutazione



A cura di:

**Marina Iemmi** Responsabile Servizio Infermieristico e Tecnico

**Marzia Prandi** Servizio Infermieristico e Tecnico

*Questo numero della News da avvio ad una rubrica, che proseguirà nelle prossime edizioni del periodico aziendale, dedicata alle esperienze e agli approfondimenti inerenti la fase della valutazione, assessment nel linguaggio internazionale, del processo assistenziale.*

La valutazione è una fase cruciale del processo assistenziale, spesso trasformata in un fare burocratico, che calamita l'attenzione del professionista su moduli da riempire come se fossero il punto centrale del lavoro. In realtà la valutazione è un processo continuo di raccolta dati, interpretati ed integrati dall'infermiere, per poter progettare l'assistenza necessaria secondo le priorità di quella specifica situazione.

Ciò richiede la competenza di saper osservare e interpretare la realtà della persona malata, applicando i modelli teorici specifici dell'ambito professionale. Gli sviluppi normativi, in primis il profilo professionale del 1994, e la naturale evoluzione della professione, determinano oggi un ruolo atteso dell'infermiere, nel quale è richiesta una sempre maggiore attenzione al metodo ed agli strumenti con cui l'assistenza viene erogata. Ruolo atteso inoltre, che considera lo sviluppo di un pensiero anticipatorio, un pensiero che consente di prevedere gli sviluppi e i rischi di ogni intervento, per poter decidere con sempre maggiore consapevolezza e assunzione di responsabilità. Il ricorso a strumenti validati e condivisi a livello della comunità infermieristica internazionale, è un elemento che gioca a favore di questa visione dell'assistenza infermieristica. Dobbiamo quindi porre l'attenzione a quegli strumenti che permettono di valutare i bisogni/problemi della persona assistita, di condividerne la classificazione, di migliorarne la misura e di codificarne il linguaggio. Le scale di valutazione dei fenomeni di importanza per l'assistenza infermieristica, che siano rivolte ad individuare diagnosi, piuttosto che misurare interventi o esiti, rispondono a questa emergente necessità. La realtà ci insegna che le metodiche di raccolta dati sono le più varie, ma la variabilità metodologica può rendere difficile il confronto tra i diversi professionisti e quindi l'omogeneità e la continuità assistenziale. Il gap può essere colmato quindi, se la raccolta dati viene sostenuta dall'utilizzo di scale di valutazione. Gli operatori in tal modo, utilizzando gli stessi strumenti, possono più facilmente confrontarsi e pianificare i processi di assistenza in modo integrato.

### STRUMENTI DI VALUTAZIONE

#### Vantaggi

- Maggiore rapidità e precisione nell'individuare i problemi
- Maggior adeguatezza nella formulazione di obiettivi
- Monitoraggio nel tempo delle variazioni
- Verifica dei risultati attesi
- Maggiore accuratezza nel passaggio delle informazioni e nell'integrazione fra diverse professionalità

La letteratura offre una vasta gamma di strumenti, con i quali è possibile confrontarsi e che rappresentano una base di lavoro dalla quale partire, eccone alcuni esempi.

*Scale per la valutazione del rischio di ulcere da decubito:*

·Norton (1962)

·Braden e Bergstrom (1987)

·Waterlow (1985)

·Pritschard (1986)

*Scale per la valutazione del rischio di caduta*

·Indice di Conley (1999)

·Tinetti (1987)

·Morse J.M. (1997)

*Scale per la valutazione dello stato nutrizionale*

·Mini nutritional assessment (Guinoz Y., Vellas B.,1994)

·Subjective Global Assessment of Nutritional State (Detsky, A.S. et al.,1987)

·Nutrition Score (Beck A.M.,2001)

*Scale per valutare i livelli di dipendenza funzionale dell'assistito*

·Indice di indipendenza nelle attività di vita (ADL), Katz e colleghi (1959)

·Indice di Barthel Mahoney e Barthel (1965) rivisitata da Granger (1979)

·Indice dello stato funzionale, Jette (1978)

*Scale di valutazione del dolore*

·Cheops (1985) per la valutazione del dolore nel bambino

·VAS (Visual analogue scale)

·McGill Pain Questionnaire

·IPQ (Italian Pain Questionnaire)

·BPI (Brief Pain Inventory)

Il Servizio Infermieristico e Tecnico intende investire particolarmente su questa area di miglioramento/sviluppo, considerando l'implementazione di strumenti di valutazione validati e condivisi, uno dei principali obiettivi del prossimo biennio 2004/2005.

Per favorire questo processo anche sul piano culturale, dalla prossima News verranno pubblicate le esperienze dei professionisti che stanno già applicando strumenti di valutazione, e trarremo spunto dalle loro elaborazioni per facilitare lo sviluppo ed il cambiamento.

# Il valore dell'integrazione: diario di un progetto di formazione

A cura di:

**Marina Lemmi** *Responsabile Servizio Infermieristico e Tecnico*  
**Ornella Bianchini** *Servizio Infermieristico e Tecnico*  
**Marzia Prandi** *Servizio Infermieristico e Tecnico*



Nel 2003 è stato realizzato uno fra i più importanti progetti di formazione trasversale del Servizio Infermieristico e Tecnico.

Il progetto, in continuità con il già avviato percorso di Valorizzazione del ruolo infermieristico, ha coinvolto il personale infermieristico e OTA dei reparti di Geriatria, Neurologia e Pneumologia.

Da marzo ad ottobre si sono sviluppati i diversi moduli, alcuni dei quali aperti ad operatori di altri reparti, nel succedersi continuo di nuovi apprendimenti, ma soprattutto in una sempre più chiara definizione degli obiettivi comuni, delle specifiche competenze e degli ambiti di integrazione.

## OBIETTIVO GENERALE DEL PROGETTO

Revisione dei processi di lavoro ed elaborazione dei prodotti assistenziali, attraverso un modello di integrazione che crei sinergie di qualità fra operatori infermieristici e personale di supporto.

## MODULO 1

### Obiettivi

- Individuare i potenziali di sviluppo e le criticità presenti nei processi di cambiamento che coinvolgono la professione infermieristica.
- Riconoscere le possibilità di valorizzazione della professione infermieristica, attraverso i processi di revisione organizzativa determinati dall'inserimento degli operatori di supporto.



*Equipe U.O. Geriatria*

Un inizio alla grande!

Il primo modulo è stato condotto da Annalisa Silvestro, Presidente Nazionale del Collegio IPASVI.

La sua profonda conoscenza degli sviluppi della professione e la sua grande esperienza organizzativa, hanno stimolato positivamente, anche attraverso qualche provocazione, le riflessioni su ciò che sta favorendo l'evoluzione della professione e ciò che la tiene ancora bloccata.

Fra gli elementi primari dello sviluppo, per certi aspetti "inevitabile", è emerso che l'inserimento della figura dell'OTA/OSS offre un potenziale di crescita per l'infermiere davvero importante.

Sono stati proposti da A. Silvestro diversi esempi, che hanno trovato una immediata rispondenza nella nostra realtà.

## MODULO 2

### Obiettivo

- Individuare gli elementi di base necessari alla ridefinizione dei processi di lavoro che coinvolgono il personale infermieristico ed il personale di supporto.

Tracciate le basi da Annalisa Silvestro, Marina Lemmi ha continuato il percorso approfondendo le tematiche inerenti la responsabilità, la decisionalità, la relazione tra complessità del compito e decisione.

Particolarmente interessante ed importante il confronto su rischio e l'incertezza applicati all'assistenza infermieristica.

### **MODULO 3**

#### **Obiettivi**

- Descrivere le caratteristiche delle principali misure di dipendenza sviluppate dalla ricerca infermieristica e descritte in letteratura per le dimensioni cognitiva, funzionale motoria e di autonomia di vita.
- Scegliere in modo critico un metodo e uno strumento di valutazione in rapporto ad un contesto clinico specifico

La Dott.ssa Elena Bonamini dell'Istituto CEREF di Padova, esperta nel campo della valutazione infermieristica, ha proposto diversi stimoli sul sistema di misura da prevedere per la valutazione della dipendenza iniziale, il monitoraggio in itinere e la valutazione dello scostamento inizio-fine.

Si è passati attraverso questo modulo ad un approfondimento sul piano del metodo e degli strumenti, vedendo coinvolti infermiere e OTA a seconda delle diverse competenze e responsabilità.

### **MODULO 4**

#### **Obiettivo**

- Individuare gli elementi di base necessari alla ridefinizione dei processi di lavoro che coinvolgono il personale infermieristico ed il personale di supporto.

Oriella Bianchini riprende l'obiettivo del secondo modulo, ma propone ora un confronto più diretto fra le competenze dell'infermiere, quelle dell'OTA, ma soprattutto dell'OSS.

La figura dell'OSS, riqualficata o di prima formazione, sollecita ancora di più un ripensamento del-

l'organizzazione del lavoro. Le attività attribuibili dall'infermiere a questa figura, consentono sempre di più all'infermiere di sviluppare quelle competenze che ancora non trovano uno spazio adeguato: es. azione educativa.

### **MODULO 5**

#### **Obiettivo**

- Individuare le modalità di integrazione professionale nei gruppi di lavoro attraverso la gestione delle dinamiche di relazione

Non potevano mancare un tempo ed uno spazio dedicati al gruppo, la Dott.ssa Rita Montanari, ha fa-

cilitato l'acquisizione di una maggiore consapevolezza delle dinamiche presenti all'interno dei gruppi di lavoro, in special modo interprofessionali, fornendo strumenti di gestione del cambiamento e dei conflitti.

All'unanimità tutte e tre le équipes hanno sottolineato la necessità periodica di momenti di confronto e scambio su questi temi, lavorare insieme non è facile, ed è una competenza che si matura con il tempo.

### **MODULO 6**

#### **Obiettivo**

- Sulla base delle priorità indivi-



*Equipe U.O. Neurologia*



*Equipe U.O. Pneumologia*

duate, formulare i prodotti assistenziali propri di ogni unità operativa.

Qui inizia la fase operativa. Ogni équipe è stata divisa in sottogruppi di lavoro composti da infermieri e OTA.

Ogni sottogruppo ha sviluppato, attraverso uno strumento specifico, i prodotti assistenziali relativi alle diverse fasi del processo (accoglienza in regime ordinario, presa in carico, dimissione/trasferimento).

In questo modulo è stato offerto un supporto metodologico da Marzia Prandi.

## MODULO 7

### Obiettivo

- Ottenere il consenso degli operatori infermieristici e di supporto relativamente ai prodotti assistenziali elaborati dai sottogruppi.

E' il momento importantissimo della restituzione dei lavori e del confronto con il resto dei colleghi. I prodotti presentati hanno testimoniato un grande impegno ed una effettiva integrazione fra infermieri e OTA. I gruppi di lavoro hanno evidenziato inoltre che la figura l'OTA/OSS rappresenta davvero una importante risorsa, e che

l'inserimento di questa figura stimola a rivedere l'organizzazione in funzione di una più adeguata attribuzione delle competenze.

Nuove consapevolezze, ma soprattutto diverse proposte di miglioramento sia sul piano del raggiungimento degli obiettivi assistenziali, sia sul piano di una maggiore valorizzazione delle rispettive professionalità.

Applausi di soddisfazione e di incoraggiamento hanno caratterizzato le diverse presentazioni, ma soprattutto è emersa l'intenzione di continuare per concretizzare le idee e le proposte emerse.





# La fonte della rigenerazione per chi si occupa della gente: prevenzione e cura della sindrome del Burn out

A cura di:  
**Enrica Tamagnini Infermiera**

*Dal 1 al 3 ottobre è stato realizzato il Corso "La fonte della rigenerazione per chi si occupa della gente: prevenzione e cura del Burn out".*

*Il Corso, rivolto ad operatori esterni all'Azienda, era inserito nel catalogo aziendale, ed è stato organizzato dal SIT, con la docenza di Marzia Prandi.*

Innanzitutto, perché partecipare ad un corso così?

I meccanismi che mettiamo in atto quando solo ci sfiora l'idea di essere in burn out, sono solitamente meccanismi di:

- Negazione ("va tutto bene")
- Spostamento ("sono solo un po' stanco")
- Proiezione ("è tutta colpa di..")

Quasi sempre concludiamo che "è un problema di altri".

Partecipare ad un corso sul burn out è in primo luogo un "regalo" che un operatore fa a se stesso.

E' condividere con altri i propri problemi in merito al lavoro e percepire che non si è soli; è regalarsi una pausa in cui ci si interroga sul proprio ruolo professionale e si valuta la propria "tenuta" di fronte alla sofferenza; è scoprire che si possono "perdonare" le proprie debolezze e i propri limiti.... è cercare e scoprire che esiste una fonte, diversa per ognuno di noi, da cui trarre energia per migliorare la qualità dell'assistenza di pari passo con la propria serenità interiore.

Al corso hanno partecipato operatori sanitari (medico, infermieri, OTA, assistente sanitario) provenienti da diverse realtà lavorative e da diverse città del Nord-Italia.

Il desiderio comune è stato quello di capire perché si può arrivare, anzi,

come si può non-arrivare, al burn out e come si può uscire da questo stato di affaticamento psico-fisico che a volte sembra senza via di uscita.

C. Maslach (1982) definisce il burn out come "sindrome di esaurimento emozionale, di spersonalizzazione e di riduzione delle capacità personali che può presentarsi in soggetti che, per professione, si occupano della gente".

L'individuo può sentirsi svuotato e sfinito (esaurimento emozionale), può vedere gli altri con lenti macchiate di ruggine, detesta tutti, si aspetta sempre il peggio (spersonalizzazione); l'individuo ha un costante senso di inadeguatezza verso i pazienti (ridotta realizzazione personale).

Cary Cherniss definisce a sua volta le tre tappe che l'operatore percorre verso il burn out :

- Squilibrio tra risorse disponibili e richieste (esterne e interne)
- Esaurimento e /o tensione emotiva (ansia, fatica, irritabilità)
- Conclusione difensiva (distacco emotivo, cinismo, rigidità)

Secondo C. Maslach il costo del burn out è molto elevato tanto da parlare di "erosione dell'anima".

Durante le tre giornate si è poi passati a tracciare :

- 1.l'identikit dell'operatore a rischio,
- 2.l'identikit dell'organizzazione a rischio.





## L'OPERATORE A RISCHIO

- alcuni tratti di personalità (rigidità, bisogno di essere al centro dell'attenzione, propensione al vittimismo, competitività, difficoltà a mettersi in gioco nei cambiamenti, difficoltà a riconoscere i propri limiti, eccessiva autocritica),
- il rapporto con il lavoro (elevate aspettative, inserimento in ambienti non idonei alle proprie attitudini, idealizzazione del lavoro),
- vita extra lavorativa (rapporti problematici con la famiglia, situazioni di malattia, difficoltà sociali, insoddisfazione).
- modalità relazionali (attribuire responsabilità del proprio disagio sempre agli altri, non condividere il proprio vissuto problematico, non chiedere aiuto-supervisione).

## L'ORGANIZZAZIONE A RISCHIO

- Obiettivi (difficoltà a definire gli obiettivi, discrepanza tra obiettivi da raggiungere e risorse disponibili, discrepanza tra obiettivi dichiarati e realtà, mancanza di condivisione-informazione degli obiettivi dal grande al piccolo sistema).
- Ruoli e gerarchia (poca chiarezza dei ruoli e delle competenze, gerarchia utilizzata come prevaricazione e svilimento, tendenza alla deresponsabilizzazione).
- Gruppo e relazioni (mancanza di occasioni di incontro-scambio-decompressione, mancanza di "manutenzione" del personale, difficoltà nel clima di gruppo, inconsapevolezza delle proprie reazioni di fronte alla sofferenza).
- Organizzazione e contesto fisico (accelerazione dei tempi, aumento massiccio della tecnologia e della burocrazia, ambiente fisico non funzionale né stimolante).

Detto questo, come uscire da questo magma nel quale ci sentiamo spesso invischiati, considerando che la letteratura riconosce il BURN OUT COME UN PROBLEMA PREVALENTEMENTE ORGANIZZATIVO?

Innanzitutto prendendo consapevolezza sia del sentirsi in difficoltà, sia andando ad identificare meglio le varie sfaccettature di questa difficoltà. Se il disagio deriva soprattutto da fattori individuali, il lavoro da fare riguarderà soprattutto se stessi (perché non fare qualche colloquio con un counselor o con uno psicologo o, per semplificare le cose, non ne parliamo con un collega?), se invece il disagio deriva per lo più da problemi organizzativi, si dovrà valutare, possibilmente non da soli (il rischio è quello di sentirsi onnipotenti e, alla fine, di colludere costantemente con tutti) cosa di questa organizzazione è accettabile e/o modificabile (formazione e supporto all'equipe, supervisione dei gruppi, coinvolgimento decisionale e responsabilizzazione).

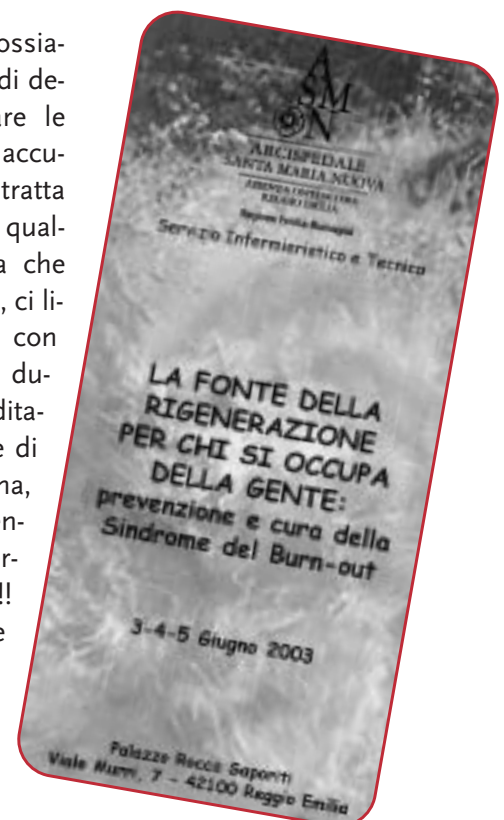
La decompressione: tutti possiamo trovare una nostra zona di decompressione in cui liberare le energie negative e le tensioni accumulate durante il lavoro. Si tratta semplicemente di dedicarci a qualcosa che ci piace, qualcosa che sentiamo che ci fa stare bene, ci libera la mente, ci riconcilia con noi stessi. La proposta fatta durante il corso è stata la meditazione, ma si è parlato anche di lunghe passeggiate, di cinema, di esercizio fisico e rilassamento, di raffreddamento e... perché no? di cambiare lavoro !! (il cambiamento può essere evolutivo per la propria crescita).

Qual è quindi la fonte della rigenerazione per chi si occupa della gente?

La fonte siamo noi, la consapevolezza del nostro ruolo, l'acquisizione costante di nuovi strumenti (tecnici e relazionali), la percezione dei nostri limiti e dei limiti altrui (colleghi e pazienti), l'accettazione della nostra non-perfezione. La sofferenza esiste, lavorare con la sofferenza è fatica... e prima di tutto dobbiamo riconoscere a noi stessi questa fatica. In secondo luogo dobbiamo "aggiustare il tiro" ridefinendo il nostro ruolo con il paziente. La nostra professione è sì una professione d'aiuto, ma non per questo dobbiamo assumere un ruolo di "salvatori". Una relazione d'aiuto efficace, per sé e per il paziente, richiede all'operatore di sapere gestire il coinvolgimento con il paziente e mantenere l'equilibrio tra distacco razionale ed empatia.

Un grazie a tutti coloro che hanno partecipato al corso, per gli sguardi di solidarietà, per le lacrime non trattenute, per i silenzi rispettosi, per le risate fatte col cuore.

Buon lavoro a tutti!



# Il malato cronico e la rilevazione della qualità percepita: un percorso quali-quantitativo presso il Servizio Dialisi

A cura di:

**Dott. PierPaolo Borgatti** Direttore U.O. di Nefrologia e Dialisi - **Maria Grazia Manini** Caposala U.O. di Nefrologia e Dialisi  
**Dott.ssa Loredana Cerullo** Servizio Sviluppo Organizzativo

*Al giorno d'oggi la salute non è più solo intesa come assenza di malattia, ma come stato di benessere fisico, mentale e sociale. La percezione diffusa che questo è un diritto fondamentale di ogni essere umano ha profondamente modificato le aspettative dei cittadini-utenti nei riguardi dell'organizzazione sanitaria. Infatti l'utente è sempre più consapevole ed informato di tutto ciò che riguarda il suo stato di salute e chiede di essere partecipe assieme al professionista al processo decisionale che lo vede coinvolto.*

Di conseguenza il cittadino-utente non deve più essere visto come un semplice fruitore passivo, ma come un portatore di una propria soggettività complessa, intenzionale e che deve essere riconosciuta, rispettata, corrisposta.

Questi sono i presupposti indispensabili per garantire la compliance dell'utente e l'attuazione di un processo di negoziazione/mediazione. Si è quindi ormai giunti alla consapevolezza diffusa che l'utente è un soggetto da cui non si può prescindere, specie in una società democratica e dell'informazione, perché è sulla sua pelle, sulle sue reazioni di apprezzamento, critica e fuga che va misurato il raggiungimento degli obiettivi prefissati dai programmi. Inoltre la crisi del tradizionale modello di medicina paternalistica, "doctor and disease centered", e il passaggio ad un modello socio-educativo, "patient centered", ha ingenerato nuovi bisogni e percezioni da parte di una società in evoluzione e nuove sfide per il mondo sanitario. Ciò che si rende opportuno e necessario è associare alla conoscenza clinica della malattia (disease) di cui l'esperto è l'operatore sanitario, l'esperienza che il malato fa della sua malattia (illness), di cui l'esperto è il cittadino-paziente.

E' all'interno di questo quadro teorico e background culturale estremamente fecondo di stimoli e di idee innovative, che si innesta il progetto di rilevazione della qualità percepita presso il Servizio Dialisi. Sono stati gli stessi operatori, sia medici che infermieri, i promotori dell'indagine; spinti dalla volontà sia di approfondire e definire meglio le criticità emerse dalla rilevazione precedente del 2001, sia di ottenere informazioni dettagliate su aspettative, esperienze, percezioni soggettive dei pazienti dializzati nei confronti delle cure e delle prestazioni sanitarie ricevute. A questo scopo di ordine conoscitivo, si aggiunge un obiettivo prettamente applicativo, ossia quello di rendere disponibili agli operatori le informazioni ricavate, al fine di strutturare azioni tese a soddisfare maggiormente le esigenze degli utenti. Da queste premesse si è partiti per pianificare il percorso metodologico, che ha visto in primo luogo la definizione dello strumento d'indagine, il questionario, costruito sulla base del modello sperimentato in Regione e modificato in alcune sue parti in base alle esigenze conoscitive specifiche del reparto.

Le aree tematiche indagate nel questionario sono state 6; oltre alle classiche variabili di tipo socioanagrafico, si sono prese in considerazione le dimensioni ritenute fondamentali nella letteratura sulla soddisfazione del paziente, ossia la dimensione cognitiva, affettivo-relazionale, comportamentale ed organizzativa. Nello specifico:

Area 1. Qualità delle relazioni con medici

Area 2. Tipologia e completezza delle informazioni / spiegazioni ricevute

Area 3. Qualità delle relazioni con gli infermieri

Area 4. Coinvolgimento di pazienti e familiari

Area 5. Qualità delle cure e del trattamento

Area 6. Aspetti organizzativi del servizio

Alla fine dell'intervista sono state poste due domande aperte, per consentire al paziente di esprimere liberamente le proprie opinioni rispetto alla cosa più importante che un servizio di dialisi può offrire e alle proposte di miglioramento riguardante il personale sanitario o il servizio. Una volta messo a punto lo strumento è stato effettuato un campionamento proporzionale stratificato in base alle variabili "Anzianità di trattamento" e "Anzianità anagrafica" e sono stati sorteggiati a caso 49 pazienti sugli 82 allora in cura. Ad essi, nel mese di Aprile 2003, è stato sottoposto il questionario scegliendo come modalità di

somministrazione la compilazione assistita da parte di un'intervistatrice del Servizio Sviluppo Organizzativo. Si è optato per una somministrazione del questionario tramite intervista piuttosto che per auto-compilazione, modalità adottata invece nelle precedenti indagini di soddisfazione, per il particolare tipo di target coinvolto (generalmente pazienti anziani e con scolarità bassa) e per la considerevole lunghezza del questionario.

Il risultato di tale esperienza è stato soddisfacente in termini di raggiungimento degli obiettivi prefissati, in particolare dell'ascolto delle esigenze del paziente in emodialisi, che ricordiamo essere un malato cronico, portatore di caratteristiche psicologiche e bisogni psico-fisici del tutto peculiari e diversi da quelli di un malato acuto. Inoltre la partecipazione degli utenti è stata numerosa e sentita in quanto tutti i pazienti intervistati hanno accolto favorevolmente l'iniziativa e hanno dimostrato molto interesse e collaborazione. In particolare è stata riscontrata da parte di tutti gli utenti la volontà di esprimere la loro opinione, le loro idee, le loro richieste e i loro suggerimenti su come può essere migliorato il servizio offerto. Tale attitudine è testimoniata dalla completezza, chiarezza nonché immediatezza con cui gli intervistati hanno risposto alle domande aperte del questionario relative agli aspetti della prestazione erogata migliorabili. Conferma infatti l'intervistatrice: "Sia i giovani che gli anziani hanno dimostrato di avere idee chiare e precise sulle loro aspettative, siano esse rivolte al cambiamento delle prestazioni offerte che al perseguimento delle attività così come vengono attualmente espletate. Ritengo che ciò sia dovuto in gran parte alle caratteristiche di cronicità della patologia, che porta il dializzato ad avere un contatto costante e continuativo con il servizio e quindi ad avere esigenze peculiari ed idee chiare su

cosa ci si attende". E' da sottolineare che l'indagine non è stata fine a se stessa ma ha portato ad una serie di iniziative ed azioni organizzative proposte dal reparto per soddisfare maggiormente le esigenze e i suggerimenti emersi dai pazienti. Si è riscontrato un impegno serio e concreto da parte dell'équipe medica ed infermieristica a non far cadere l'esperienza nel "dimenticatoio collettivo" ma a voler utilizzare i risultati dell'indagine come vera occasione di confronto con gli utenti. Questo ha inevitabilmente richiesto un dispendio di energie e risorse ma anche la capacità di mettersi in gioco. Il 26 Ottobre 2003 è stato effettuato un incontro-confronto con pazienti e parenti in cui dopo avere presentato i risultati dell'indagine, commentati e contestualizzati da esperti in materia, sono state proposte e dibattute le azioni organizzative studiate ad hoc dal reparto di Nefrologia e Dialisi. E' altresì emersa la necessità da parte degli utenti di organizzare una serie di incontri focalizzati su tematiche specifiche di loro interesse ed utilità e, da parte degli operatori sanitari, di strutturare un corso di formazione sulla predialisi. L'incontro si è quindi rivelato un ottimo catalizzatore per favorire la comunicazione, il dialogo, lo scambio relazionale tra operatore-utente; come rilevato dai seguenti commenti:

*"Mi è piaciuto molto, perché è stata un'occasione di condividere le problematiche con i pazienti e gli altri professionisti"* (UN INFERMIERE)

*"Ho apprezzato molto la giornata perché poter mettere le esperienze a confronto può portare solo a qualcosa di positivo e a un miglioramento per il futuro"* (UN INFERMIERE)

*"Apprezzabile l'iniziativa soprattutto nella prospettiva di ripeterla ancora, esposizione molto corretta dei risultati"* (UN PAZIENTE)

*"Sono stata felicemente impressionata da questo incontro tra professionisti e pazienti per il modo in cui è stato svolto il lavoro e per la serietà e la preparazione degli operatori, che hanno dimostrato di prendere a cuore la cosa. Questo mi ha portato a pensare che sicuramente si troverà il modo di migliorare i rapporti umani e i difetti strutturali e tecnici"* (UN PAZIENTE)

*"Come si può evincere da alcuni recenti studi, il primo "disagio" del paziente con malattia cronica come l'emodializzato, è rappresentato dal suo stesso stato di malattia. E' emerso dall'incontro che un'importante esigenza, almeno per buona parte dei pazienti, è costituita da un'adeguata considerazione da parte degli operatori dei loro problemi psicologici. Si auspica quindi per il futuro un'appropriata assistenza psicologica per i pazienti dializzati atta ad aiutarli in questo importante aspetto della loro malattia. I Medici, inoltre, dopo questa esperienza, individuano nella "comunicazione" uno dei principali aspetti da approfondire nel loro periodico aggiornamento professionale"*. (UN MEDICO)

*"Dalla giornata è emersa soprattutto la richiesta di informazione del paziente, che vuole sempre più conoscere i vantaggi e gli svantaggi, i benefici e le implicazioni negative e positive sulla sua vita lavorativa e di relazione delle terapie cui è sottoposto. Ne deriva quindi che per una buona riuscita ed accettazione della dialisi è necessario un percorso preparatorio predialitico sia per il paziente che per i familiari"*. (UN MEDICO)

Vorrei concludere con un'ultima considerazione sull'esperienza del Servizio Dialisi come testimonianza che l'ascolto degli utenti è il punto di partenza per una partecipazione attiva, consapevole e intenzionale del cittadino alla coproduzione della prestazione erogata.

# Igiene del lavoro in... ampliamento

A cura di:

Ing. Giovanni Guatelli *Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione*

Il Servizio di prevenzione e protezione ha collaborato all'attivazione dei nuovi locali nell'ambito delle domande di autorizzazione all'usabilità dei locali, garantita dal COMUNE con Igiene Pubblica, Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro, ARPA, Vigili del Fuoco.

Sono esposte nel nuovo edificio le planimetrie utili agli operatori con il titolo ISTRUZIONI PER L'USO DEI LOCALI, dove per ogni ambiente è riportata la denominazione d'uso sanitario approvata formalmente dalla Direzione Sanitaria, inclusa la localizzazione più adeguata dei depositi di materiale pulito/sporco: le modifiche di destinazione d'uso dovranno essere sempre autorizzate, perché sono vincolate a sicurezza e tipologia dell'impianto elettrico esistente, e alla condizione d'igiene necessaria all'attività.

Per utenti e visitatori esistono in formato maggiore, e presso le zone filtro / gruppi di salita, le planimetrie del PIANO DI EMERGENZA ED

EVACUAZIONE, con le vie di fuga, i presidi antincendio, le zone compartimentate, le norme preventive elementari.

I nuovi locali sono soggetti a VALUTAZIONE AGGIORNATA DEI RISCHI PROFESSIONALI RESIDUI E AL PROGRAMMA DI MIGLIORAMENTO EX ART. 4 D.LGS. 626/94, in pratica si perfezionano i collaudi degli ambienti e dell'organizzazione con l'attività in esercizio.





# Innovazione e sviluppo all'Arcispedale S. Maria Nuova

A cura di:

**Dott. Leonida Grisendi** *Direttore Generale*

*Come Azienda pubblica ospedaliera, svolgiamo una funzione di assoluto rilievo nella rete dei Servizi Sanitari dell'Emilia Romagna, giocando un ruolo da protagonisti delle politiche per la salute.*

Il Collegio di Direzione dell'Arcispedale S. Maria Nuova ha avviato nel 2000 un programma di Innovazione e Sviluppo:

- sviluppo di nuove idee, della ricerca e della sperimentazione,
- innovazione nelle strutture, nelle tecnologie, nell'organizzazione,
- trasferimento alla pratica dei Servizi dei risultati della ricerca scientifica attraverso l'acquisizione di nuove competenze.

E' iniziata una ricerca cosciente e intenzionale di opportunità innovative per l'ospedale per poter creare risorse nuove e potenziare risorse esistenti.

In tre anni è stato realizzato un incremento del 65.5% degli investimenti in Formazione e Training, del 82.34% in quelli in Information & Communication Technology, mentre gli investimenti in Tecnologie Biomediche avanzate si sono attestate su un impegno medio annuale significativamente superiore rispetto al triennio precedente (+ 62.4%)

L'obiettivo è stato ed è tuttora quello di scegliere le principali direzioni di innovazione di un ospedale nel terzo millennio, considerando come target l'eccellenza nella qualità dei servizi che offriamo, sia dal punto di vista del cittadino/utente che del professionista sanitario che dell'organizzazione.

Si è trattato, cioè, di avviare un percorso per individuare lo "spazio strategico" che un ospedale come il S. Maria Nuova può occupare, valorizzando al massimo le proprie competenze distintive, anche attraverso la sperimentazione di forme innovative di gestione integrata dell'offerta di servizi e dei percorsi del paziente con altri attori professionali e strutture sanitarie e sociali del territorio, favorite proprio dalla disponibilità delle nuove tecnologie di comunicazione e di lavoro in rete: è quella che noi chiamiamo "Web Community" o comunità professionale per il miglioramento dell'appropriatezza e dell'efficacia delle cure.

Perché l'innovazione sia duratura è necessario che rappresenti un esercizio costante, un valore per l'intera organizzazione.

L'ASMN è stato il primo ospedale in Emilia Romagna (e uno dei primi in Europa) a sviluppare un Programma a lungo termine di Miglioramento Continuo della Qualità (vincitore del Golden Helix Award in Europa nel 1996)

Più recentemente abbiamo avviato un Programma di Governo Clinico e di Innovazione della pratica clinica e assistenziale in tutti i Dipartimenti Clinici e diagnostici, fondato sulla applicazione della Medicina basata sulle

prove di efficacia (Evidence Based Medicine e Evidence Based Nursing), ottenendo i primi risultati e conseguenti riconoscimenti a livello europeo (tra i 10 finalisti al Baxter Award promosso dalla EHMA-European Health Management Association nel 2001) e nazionale (Premio Nazionale per la Qualità nei Servizi Sanitari del Forum della Pubblica Amministrazione, siamo stati selezionati anche in questo caso tra i 10 finalisti, nel 2002).

Perché l'innovazione sia efficace è necessario che sia applicata a tutti i principali aspetti dell'assistenza e della gestione dei pazienti, garantendo in questo modo conquiste stabili e il costante trasferimento dei risultati della ricerca scientifica nella pratica clinica.

Per rendere perseguibile da parte dei Dipartimenti Clinici e Diagnostici questo obiettivo, l'ASMN ha avviato un programma di sostegno alle politiche di innovazione, denominato "Network per l'Innovazione e la Ricerca".

Attraverso questo programma la Direzione dell'ASMN promuove la ricerca attiva di partners sui progetti di sviluppo e di innovazione della pratica clinica, sostiene sotto l'aspetto finanziario, organizzativo e didattico i progetti proposti dalle unità cliniche, promuove la cooperazione istituzionale a lungo termine e con benefici reciproci tra il SMN e organizzazioni sanitarie in Italia in Europa e nel mondo.

Nella pratica questi progetti di cooperazione si realizzano attraverso attività di training, di educazione continua e di ricerca, che vedono impegnati i nostri professionisti al fianco dei colleghi dei più prestigiosi ospedali e università.

La partnership tra ASMN, BJC International Healthcare Services e Facoltà di Medicina della Washington University in St. Louis rappresenta per il nostro ospedale e per la comunità per la quale operiamo una risorsa straordinaria.

Questa cooperazione si snoda attraverso tre percorsi principali:

- sostenendo, attraverso l'introduzione di nuove tecniche chirurgiche a ridotta invasività (chirurgia endoscopica e chirurgia laparoscopica), una innovazione radicale nell'assistenza e nella terapia di patologie chirurgiche molto frequenti e di grande impatto in termini di salute (come le patologie urologiche).
- Migliorando la gestione dei pazienti e gli esiti dei trattamenti chirurgici in alcune condizioni di emergenza (tecniche chirurgiche nei traumi toracici, soprattutto esofagei) sia attraverso l'acquisizione di nuove competenze chirurgiche che attraverso un programma di audit e revisione a distanza dei casi da parte di esperti.
- Da ultimo, ma non certo per minore importanza, la collaborazione che ha permesso l'organizzazione del meeting "Metabolic PET Imaging for a New Radiotherapy" che rappresenta una tappa importante nel cammino di sviluppo del nostro

ospedale, ma anche dell'intera rete regionale, per l'utilizzo della tecnologia PET e del Ciclotrone nella diagnostica e nel trattamento dei pazienti oncologici.

Quale migliore riferimento avremmo potuto cercare se non la scuola di medicina e l'ospedale che hanno visto nascere queste tecnologie e che stanno sviluppando proprio in questi anni la loro applicazione ai diversi campi per migliorare la diagnostica e la terapia oncologica sia medica che chirurgica. In Italia queste sono tecnologie emergenti, come dimostra anche l'interesse suscitato da questo meeting, dal BJC abbiamo a disposizione i migliori maestri a livello mondiale.

*Egr. Dr. Grisendi:*

*E' stato un vero piacere conoscerLa. Vorrei congratularmi per l'ottimo lavoro da Lei fatto, volto a sviluppare i programmi e le risorse presso la Sua istituzione. I miei colleghi ed io siamo felici di unirici a Voi per promuovere progetti di collaborazione tra il Vostro centro ospedaliero e il nostro. Un'eccellente squadra di professionisti estremamente competenti lavora presso il Suo ospedale e senza dubbio alcuno sono convinto che si potrà apprendere tanto reciprocamente.*

*Di nuovo, grazie della Sua ospitalità calorosa e gentile.*

*Spero di avere presto l'occasione di incontrarci nuovamente.*

*I miei più sentiti auguri,  
Carlos*

 Washington University in St. Louis  
SCHOOL OF MEDICINE

Department of Radiation Oncology

12 NOV 2003

October 28, 2003

Dottore L. Grisendi  
General Director  
Arcispedale Santa Maria Nuova  
Azienda Ospedaliera  
Reggio Emilia

Dear Dr. Grisendi:


It was a great pleasure to meet you. My sincere congratulations on the fantastic work you have done in developing the programs and resources at your institution. We are very pleased that we will be working together to foster collaborative projects between yours and our medical centers. You have an excellent group of very competent physicians and without doubt we will learn from each other.

Thank you very much for your warm and kind hospitality.

I look forward to the pleasure of seeing you again in the not-too-distant future.

With warm regards,

Sincerely yours,

  
Carlos A. Perez, M.D.  
Professor and Chairman

CAP/sls

press **LINE**  
22/10/2003

**il Resto del Carlino**  
REGGIO

**Diffusione -  
Lettori -**

**Complimenti Usa  
al S. Maria Nuova**  
Lusinghieri apprezzamenti  
per l'organizzazione e la

press **LINE**  
14/10/2003

**il Resto del Carlino**  
REGGIO

**Diffusione -  
Lettori -**

**SANITA'** / Dopo lo scambio di esperienze tra i medici del Santa Maria e i colleghi della Washington University

**Vita migliore per i pazienti**

press **LINE**  
14/10/2003

**GAZZETTA DI REGGIO**

**Diffusione 15.995  
Lettori 140.000**

**Due giornate di studi per approfondire  
l'uso della tecnica Pet nella diagnosi tumorale**

press **LINE**  
16/10/2003

**GAZZETTA DI REGGIO**

**Diffusione 15.995  
Lettori 140.000**

**«Il Santa Maria? E' al nostro livello»**  
*Entusiasti di Reggio i medici americani inventori della «Pet»*

press **LINE**  
14/10/2003

**Ultime Notizie**  
REGGIO

**Diffusione -  
Lettori -**

Oggi all'hotel Astoria si apre un importante meeting internazionale

**La radioterapia cresce**

*Alla due giorni parteciperanno oltre 300 medici provenienti da tutta Italia e dagli Usa. Al centro dell'incontro l'utilizzo della tecnologia Pet e del ciclotrone*



# Imaging Metabolico PET per una moderna radioterapia

A cura di:

**Dott. Annibale Versari** U.O. di Medicina Nucleare - Responsabile Scientifico del Convegno

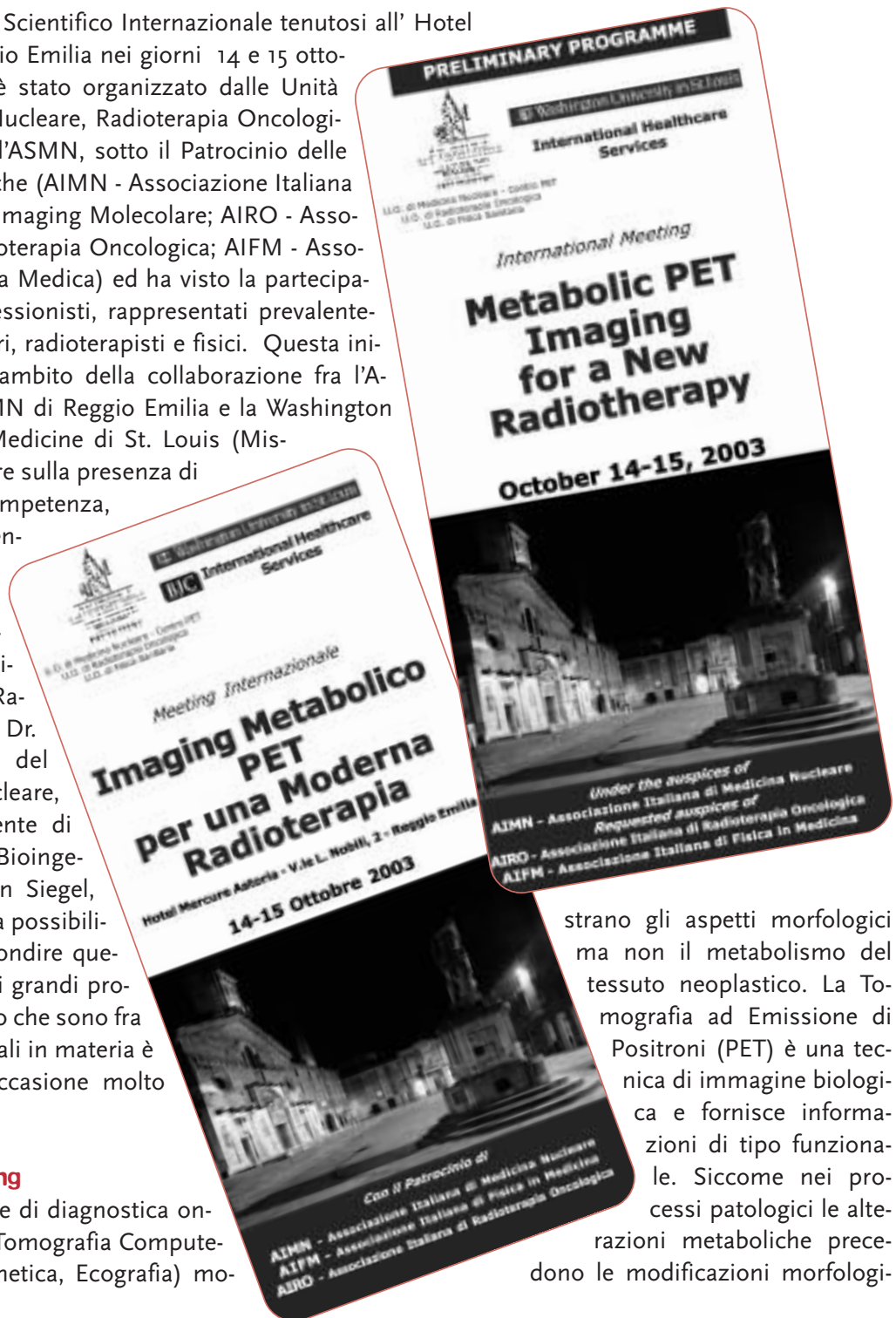
**Dott.ssa Diana Salvo** Direttore U.O. di Medicina Nucleare

E' il titolo del Convegno Scientifico Internazionale tenutosi all' Hotel Astoria Mercure di Reggio Emilia nei giorni 14 e 15 ottobre 2003. Il convegno è stato organizzato dalle Unità Operative di Medicina Nucleare, Radioterapia Oncologica e Fisica Sanitaria dell'ASMN, sotto il Patrocinio delle relative Società Scientifiche (AIMN - Associazione Italiana di Medicina Nucleare e Imaging Molecolare; AIRO - Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica; AIFM - Associazione Italiana di Fisica Medica) ed ha visto la partecipazione di oltre 200 professionisti, rappresentati prevalentemente da medici nucleari, radioterapisti e fisici. Questa iniziativa si inserisce nell'ambito della collaborazione fra l'Azienda Ospedaliera ASMN di Reggio Emilia e la Washington University - School of Medicine di St. Louis (Missouri) e ha potuto contare sulla presenza di relatori di massima competenza, sia italiani che statunitensi. Fra questi ultimi, provenienti dalla Washington University, citiamo il Dr. Carlos Perez, direttore del Servizio di Radioterapia Oncologica, il Dr. Barry Siegel, direttore del Servizio di Medicina Nucleare, il Dr. Tom Miller, docente di Medicina Nucleare e Bioingegneria, la Dr.ssa Marilyn Siegel, docente di Radiologia. La possibilità di discutere e approfondire queste tematiche nuove e di grandi prospettive future con coloro che sono fra i massimi esperti mondiali in materia è stata sicuramente un'occasione molto proficua.

## Presupposti del meeting

Le tradizionali metodiche di diagnostica oncologica per immagini (Tomografia Computerizzata, Risonanza Magnetica, Ecografia) mo-

strano gli aspetti morfologici ma non il metabolismo del tessuto neoplastico. La Tomografia ad Emissione di Positroni (PET) è una tecnica di immagine biologica e fornisce informazioni di tipo funzionale. Siccome nei processi patologici le alterazioni metaboliche precedono le modificazioni morfologi-





che, la PET permette una diagnosi più precoce dei tumori e della loro diffusione con importanti effetti sulle scelte cliniche e terapeutiche; inoltre essa offre utili informazioni nella diagnosi differenziale fra tessuto neoplastico vitale, esito cicatriziale fibrotico o necrosi.

La Radioterapia si basa sull'interazione delle radiazioni ionizzanti con il tessuto tumorale nel quale genera un danno molecolare che si traduce nella morte delle cellule. L'efficacia del trattamento radiante dipende da una varietà di condizioni biologiche del tessuto (fase proliferativa, ipossia, espressione di oncogeni e fattori di crescita, ecc.). L'identificazione di queste caratteristiche biologiche può essere molto importante non solo nella previsione della prognosi e della risposta alla terapia ma anche per identificare dei sottogruppi di pazienti che possono trarre beneficio da nuove strategie

di trattamento.

La PET è in grado di offrire queste informazioni biologiche che permettono di modificare il management del paziente oncologico nel 30-40% dei casi, dimostrandosi più accurata delle metodiche convenzionali.

In Radioterapia la PET permette una più corretta selezione dei pazienti da sottoporre al trattamento con una precisa identificazione del bersaglio, evitando al tempo stesso l'irradiazione di aree non neoplastiche.

L'evoluzione della Radioterapia verso i trattamenti ad intensità modulata (IMRT) può trarre enormi vantaggi dalle informazioni della PET soprattutto per quanto riguarda l'identificazione di aree a diverso comportamento biologico nell'ambito della stessa massa tumorale (es. aree di ipossia).

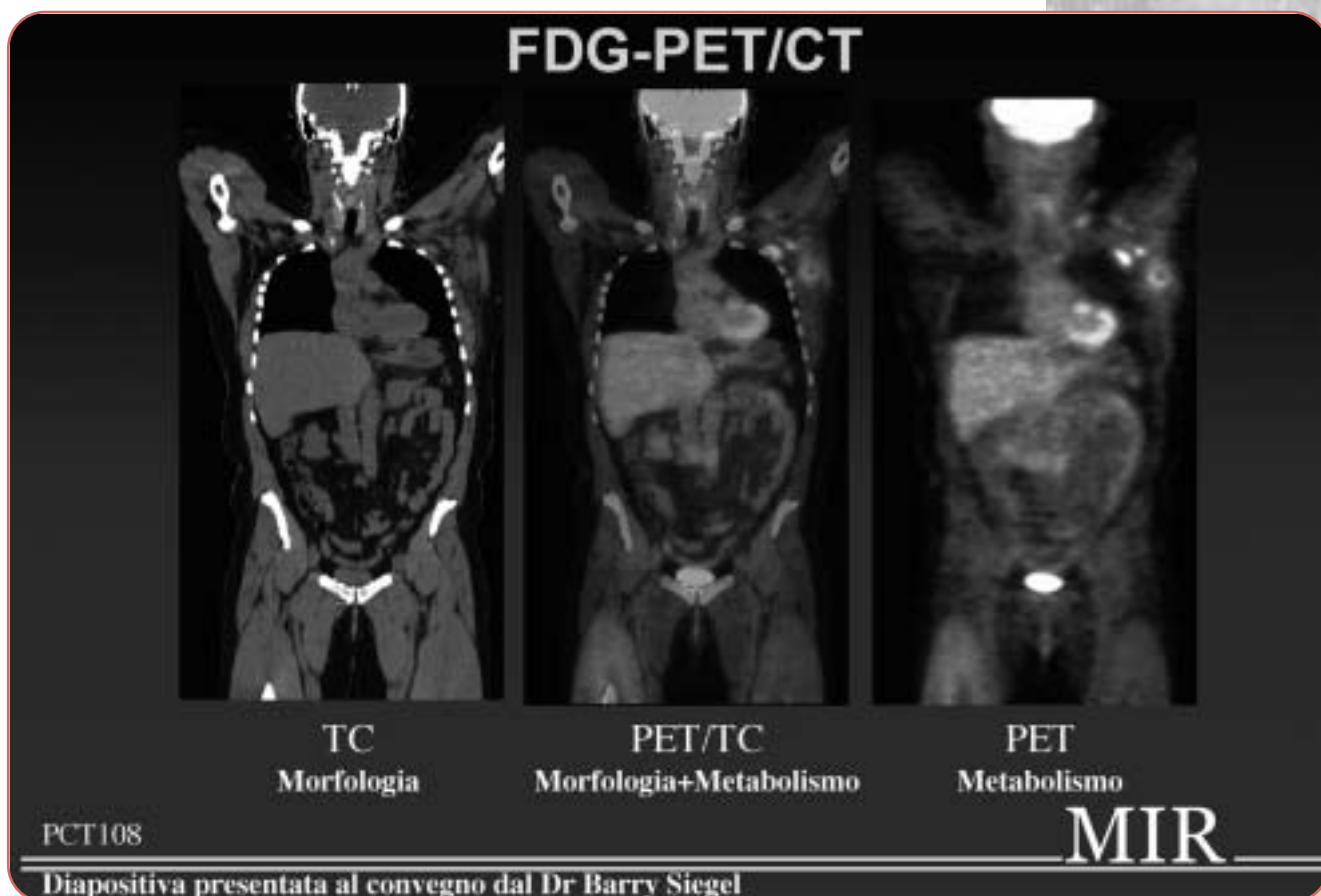
Dal momento che tali concetti sono di recente introduzione e traggono sempre maggior spinta dal-

l'introduzione di nuovi radiofarmaci PET, il Convegno ha rappresentato un momento di incontro multidisciplinare (Medicina Nucleare, Radioterapia Oncologica e Fisica Sanitaria) per ottimizzare, integrando le competenze professionali, l'utilizzo delle novità tecnologiche. Tale integrazione ha il fine di offrire al paziente oncologico un migliore trattamento, salvaguardando al tempo stesso un buon rapporto costi-benefici.

Il Convegno si è articolato in 3 sessioni.

La prima ha riguardato gli aspetti generali con le lezioni magistrali sulle applicazioni della PET in Oncologia (Dr. B.Siegel), sulle nuove strategie in Radioterapia (Dr. C.Perez) e sulle attualità nell'imaging radiologico nello studio dei tumori (Dr. M.Siegel).

La seconda sessione (Aspetti Fisici) ha messo in evidenza l'importante contributo della Fisica Sanitaria nello sviluppo delle nuove



tecnologie e nell'utilizzo ottimale delle stesse. Da sottolineare il ruolo nell'integrazione delle immagini ottenute con le varie metodiche (PET, TC e RM) al fine di fornire al radioterapista quell'informazione metabolico-morfologica che rappresenta la condizione ideale per un più corretto approccio alla terapia dei tumori.

A questo proposito, largo spazio ha trovato la presentazione della PET-TC, sistema che comprende in un'unica apparecchiatura sia il tomografo PET e che la TC; questa nuova macchina supera le difficoltà che si incontrano nella fusione delle immagini quando queste sono ottenute dalle due apparecchiature separate, in tempi diversi e quindi con il paziente in posizioni non sempre sovrapponibili.

E' stato poi fatto il punto sulla situazione in Italia della nuova tecnica di Radioterapia ad Intensità Modulata (IMRT) e sul ruolo di indirizzo dell'Istituto Superiore di Sanità.

L'ASMN può vantare di essere stato uno dei primi Centri ad utilizzarla.

La terza sessione ha sviluppato gli aspetti applicativi della PET e dell'IMRT in alcune patologie oncologiche, con un confronto diretto fra il medico nucleare ed il radioterapista. Questo confronto ha permesso di mettere in risalto le novità diagnostiche offerte dalla PET e le immediate ricadute nella terapia dei tumori più frequenti (polmone, prostata, capo-collo, stomaco, pancreas, ginecologici). Anche in questo caso sono emerse prospettive estremamente interessanti, in parte già utilizzabili ed in parte legate allo sviluppo di nuovi radiofarmaci PET che consentano di migliorare le già ottime prestazioni del  $^{18}\text{F}$ -FDG (fluordesossiglucosio), il radiofarmaco attualmente di più largo impiego, e di

supplire ad alcune sue carenze. Per esempio il Dr. Tom Miller ha presentato gli eccellenti risultati nello studio del carcinoma prostatico (non ben valutabile con FDG), impiegando  $^{11}\text{C}$ -colina e  $^{11}\text{C}$ -acetato. Particolare interesse ha destato l'esperienza riportata dal Dr. Rolando Polico, della nostra U.O. di Radioterapia, nel trattamento radiante del carcinoma polmonare.

Importanti applicazioni della PET in Radiochirurgia sono state presentate dal Prof. Ferruccio Fazio dell'Istituto S. Raffaele di Milano.

Il convegno si è concluso con la presentazione delle esperienze del nostro Ospedale in questo campo, sviluppate dopo un periodo di studio alla Washington University di St. Louis di medici nucleari, fisici e radioterapisti nel 2002.

A commento della rilevanza di questa iniziativa, che ha riscosso unanimi consensi fra i partecipanti ed ospiti italiani e stranieri, per la novità dell'argomento ed il livello delle presentazioni, è l'invito ad organizzare una sessione di aggiornamento sullo stesso tema per i medici nucleari di tutto il mondo al Congresso della Società Americana di Medicina Nucleare (SNM) che si terrà a Philadelphia nel giugno 2004.



# Gemellaggio in area infermieristica e tecnica

A cura di:

**Roberta Sacconi** *Coordinatore Tecnico U.O. Radioterapia*

**Carmen Prandi** *Responsabile Infermieristico Dipartimento Oncoematologico*

**Patrizia Sangalli** *Coordinatore Tecnico U.O. Medicina Nucleare*

*Considerazioni suscitate dall'incontro con Mrs. Tina Ahearn del BJC International Healthcare Services del personale tecnico ed infermieristico dell'U.O. di Radioterapia e dell'U.O. di Medicina Nucleare*

Gli interessi dei tecnici della radioterapia e della medicina nucleare sono soprattutto incentrati sulla figura del technologist: questa figura "mista" di tecnico che può intervenire direttamente sul paziente anche a livello infermieristico ha suscitato la curiosità di tutti, sia per quanto riguarda la sua formazione che le sue competenze. Mrs. Tina non ha competenze specifiche nel campo in questione, e quindi non ha potuto dare direttamente risposta alle domande sull'identità di questo operatore: qual è la sua autonomia decisionale? Come si integra con le altre figure professionali presenti all'interno delle Unità Operative di Radioterapia e Medicina Nucleare? Fin dove può spingersi nel prendere decisioni autonome e qual è il confine dove invece deve intervenire il medico o deve collaborare l'infermiere? Qual è la sua competenza e la sua autonomia nell'utilizzare le nuove tecnologie come la TAC-PET? Nella sua formazione universitaria rientrano insegnamenti specifici volti all'integrazione radioterapia-medicina nucleare?

Per quanto riguarda l'aspetto infermieristico del gemellaggio, sempre riguardante queste due discipline, interessa l'organizzazione del percorso del paziente oncologico, le modalità di collaborazione tra medici, infermieri e tecnici, cosa che naturalmente interessa su un binario parallelo anche l'aspetto tecnico!

Come si può vedere le domande e le curiosità sono davvero tante, e l'auspicato gemellaggio fra tecnici e infermieri del Santa Maria Nuova e del BJC avrà modo di soddisfarle pienamente; il lavoro da svolgere sarà principalmente lo studio dell'organizzazione e della gestione dei percorsi integrati medicina nucleare-radioterapia con collaborazione tra personale infermieristico e tecnico: si vorrebbe studiare in quale modo si collabora per la presa in carico del paziente, nel suo percorso dalla diagnosi alla terapia fino al follow up e capire chi è la figura più adatta a coordinare tale attività relativamente alla parte tecnica e alla parte infermieristica; interessante sarà anche l'osservazione della modalità di stesura dei piani di cura integrati tra radioterapia, medicina nucleare ed oncologia.



Washington University in St. Louis



# Gateway to the west

A cura di:

**Marina Iemmi** *Responsabile Servizio Infermieristico e Tecnico*

**Marzia Prandi** *Servizio Infermieristico e Tecnico*

*Dall'immagine della "Porta verso l'ovest" (Gateway to the west), struttura architettonica presente nella città di St. Louis, è iniziato l'incontro/scambio fra Tina Ahearn (RN,BSN, Patient Services Coordinator - International Healthcare Services - Barnes-Jewish Hospital di St. Louis) e la Direzione infermieristica, una collega del Corso di Laurea in Infermieristica, i Responsabili infermieristici e tecnici dipartimentali, i Coordinatori infermieristici e tecnici.*

Lo scopo di questo incontro era di facilitare un contatto di reciproca conoscenza, in prima battuta, tra le figure di coordinamento infermieristiche e tecniche del Santa Maria Nuova, ed il Barnes-Jewish Hospital, per andare verso la definizione di un team-work operativo.

Un incontro particolarmente atteso, con una realtà, quella statunitense, che da anni rappresenta un'importante fonte culturale, innovatrice, per quanto riguarda i modelli teorici, i modelli organizzativi e la ricerca.

La semplicità e la chiarezza di Tina Ahearn, hanno permesso di comprendere più da vicino un contesto molto diverso dal nostro, ma che, per certi versi, ha affrontato e affronta problemi simili, primo fra tutti la carenza infermieristica.

Attraverso un percorso scandito da alcune slides, sono stati illustrati in particolare:

- I contesti di riferimento per la formazione, per la ricerca e per la clinica
- La Mission ed i Valori del Barnes- Jewish Hospital



- I componenti della cura infermieristica
- Le linee guida per la pratica infermieristica
- Gli standards per il Registered Nurse (da ANA Nursing Social Policy)
- Il modello del Case Management
- I livelli del Management infermieristico

La relatrice, ha messo in luce le aree di responsabilità ed autonomia dei professionisti, aree inerenti la promozione della salute e la prevenzione della malattia, il ripristino della salute e la facilitazione all'adattamento.

Traspare una evidente chiarezza degli ambiti di riferimento delle professioni non mediche, frutto peraltro di un processo di sviluppo.

Anche per loro è stata una conquista nei confronti del mondo medico, giocata sul versante della formazione, della competenza e della piena assunzione di responsabilità. E' stata utile questa sottolineatura, ha riportato un'esperienza alla sua naturale storia ed evoluzione, ristrutturando così i luoghi comuni di chi pensa, che lo sforzo necessario per sviluppare l'identità professionale sia presente solo nelle nostre realtà.

Anche la figura del Case manager, che ha interessato particolarmente chi ascoltava, e che rappresenta certamente un importante esempio di responsabilità dell'infermie-





re per la garanzia della continuità delle cure, va ricondotta anche ad un particolare sistema assistenziale nello Stato del Missouri, che vede al centro il sistema assicurativo. Questo sistema ha la necessità, ovvia, di avere in ogni momento la possibilità di verificare a che punto è il processo assistenziale della persona assistita, e quali sono gli obiettivi raggiunti e da raggiungere, con le relative implicazioni economiche. Il case-manager, è quindi l'infermiere di riferimento per

qualsiasi problematica relativa alla degenza, all'assistenza medica e infermieristica, ai rapporti con le assicurazioni e/o con i servizi sociali.

Tina ha sottolineato, che la strada per arrivare al riconoscimento di questa figura professionale è stata lunga e difficoltosa. Le altre professioni, in particolare i medici e gli operatori sociali, hanno inizialmente ostacolato l'attribuzione di queste competenze ad una figura infermieristica, anche se alla fine

ha prevalso l'evidenza che la professione infermieristica riconosce come propria originalità, la possibilità di una presa in carico globale dei problemi della persona e della sua famiglia. Il case manager si forma attraverso un percorso ad hoc e per l'abilitazione deve sostenere una serie di colloqui e garantire specifiche esperienze sul campo. Sollecitata da domande poste dai coordinatori, la relatrice ha approfondito alcuni aspetti.

Di seguito vengono riportati i più significativi:

- **Carenza infermieristica:** è un problema attuale anche per loro, che si traduce nella necessità di potenziare le presenze dei professionisti, in particolare in alcuni settori, come ad esempio il Pronto Soccorso. Ha creato un certa sorpresa sentire che può succedere ad un infermiere di Pronto Soccorso di lavorare anche per 12 ore consecutive. Ovviamente nella loro realtà i sistemi contrattuali sono molto diversi dai nostri, raramente ci si trova di fronte a contratti a tempo indeterminato.

Anche l'aspetto retributivo non è risultato essere così lontano dal corrispettivo italiano, questa precisazione ha ridimensionato le fantasie dei presenti.

- **Infermiere di sala operatoria:** le figure operanti in sala operatoria sono l'infermiere tecnico di anestesia, l'infermiere strumentista e il tecnico di sala. Il loro modello prevede che in ogni équipe chirurgica/assistenziale siano sempre presenti due operatori (infermiere strumentista e tecnico di sala), mentre l'infermiere tecnico di anestesia segue simultaneamente più équipes.

Il reclutamento del personale per la sala operatoria avviene tramite una selezione, vista la richiesta





elevata da parte degli infermieri di fare parte di questo contesto. Ovviamente il personale è opportunamente formato alle competenze attraverso percorsi di formazione/addestramento, con valutazione di idoneità finale.

- **Technologist:** corrispettivo del nostro tecnico di radiologia, che svolge la sua attività nelle U.O. di radiologia, radioterapia e medicina nucleare, svolge mansioni molto differenti dai nostri tecnici sanitari di radiologia medica dal

momento che può anche preparare e somministrare farmaci.

- **Lettera di dimissione:** viene redatta separatamente la lettera medica da quella infermieristica, non esiste la lettera integrata.
- **Accreditamento e visite ispettive:** la commissione preposta a ciò è la Joint Commission, i cui componenti arrivano senza alcun preavviso in ospedale, visitano le unità operative e intervistano operatori e pazienti. In un arco di tempo anche di alcuni giorni,

raccolgono testimonianze e documentazione sulla conformità alle linee guida.

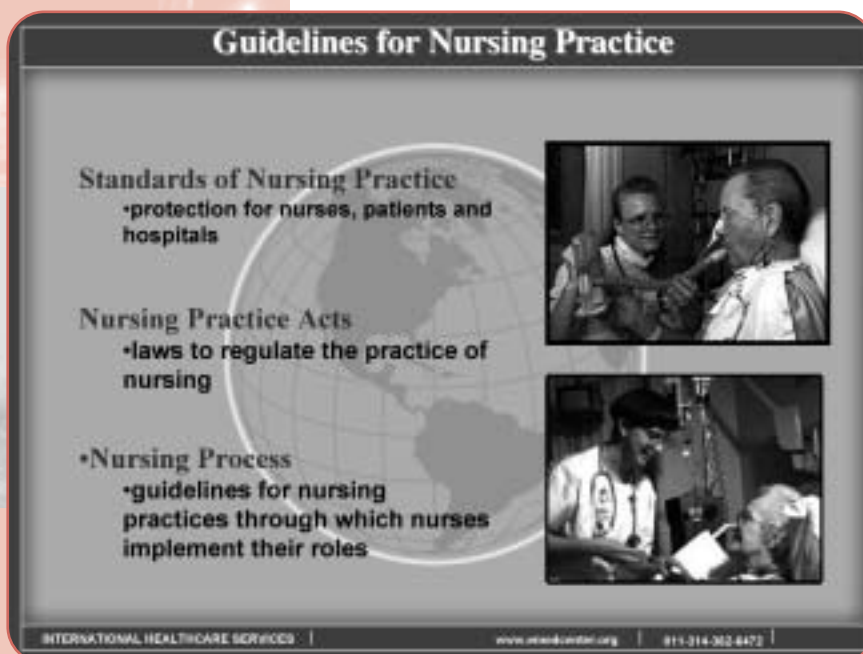
- **Formazione universitaria e modelli teorici di riferimento dell'infermieristica:** poiché Tina non si occupa specificamente di questi ambiti ci ha invitato a contattare via e-mail la collega responsabile della formazione.

Rivolta a Marina Lemmi, Tina ha molto apprezzato le domande che le sono state poste, ci ha detto di avere percepito attraverso di esse competenza e tensione allo sviluppo.

Auspichiamo una continuità di percorso. Questo primo approccio ha posto le basi per una riflessione ulteriore su quali possono essere gli ambiti di scambio e collaborazione con il Barnes Jewish Hospital, per quanto riguarda l'area infermieristica e tecnica. In prima battuta si stanno favorendo degli scambi e-mail, ad esempio il reparto di Riabilitazione chiederà approfondimenti sugli strumenti di valutazione utilizzati al Rehabilitation Institute, dal Corso di Laurea in Infermieristica verranno richieste informazioni sui modelli teorici di riferimento nella formazione e nella pratica infermieristica.

Ma oltre a questo livello di scambio, dovremo individuare un progetto più specifico che definisca le possibilità di collaborazione per quanto riguarda in special modo:

- modelli assistenziali
  - risk management
  - continuità assistenziale
  - integrazione professionale
- L'incontro si è concluso con manifestazioni reciproche di soddisfazione, con lo scambio di piccoli doni, ma soprattutto con un caloroso arrivederci/see you soon.



**NEWS da TINA**  
**"Infermieri magnetici"**

A distanza di alcuni giorni dall'incontro abbiamo ricevuto una e-mail da Tina.

Rinnova uno speciale saluto a Marina Lemmi e Giovanna Artioli, unitamente ai coordinatori infermieristici e tecnici, e condivide con noi una notizia "fresca di giornata".

*"Il BJH è il primo, e l'unico ospedale per gli adulti, nello stato del Missouri, a ricevere il Magnet Nursing Services Recognition dall'ANCC (American Nurses Credentialing Center).*

*Il premio Magnet è il più prestigioso e importante livello di riconoscimento della professione infermieristica ospedaliera conferito dall'ANCC.*

*Nel designare il BJH come ospedale Magnet, l'ANCC lo riconosce come un istituto nel quale la pratica infermieristica è della più alta qualità, una testimonianza esemplare della filosofia infermieristica da un punto di vista gestionale e clinico, che aderisce agli standard per migliorare la qualità dell'assistenza ai pazienti, e che rispetta le diversità etniche e culturali dei pazienti".*

Complimenti ai colleghi!!!

**Nurse's Role in Continuity of Care**

**Case Management Model**

- Discharge Planning on Admission
- Collaborate with other members of healthcare team
- Involve the patient and family in the planning process

INTERNATIONAL HEALTHCARE SERVICES | [www.emedcenter.org](http://www.emedcenter.org) | 811-314-362-8472

WASHINGTON UNIVERSITY | IN SAINT LOUIS, MISSOURI, U.S.A

**International Healthcare Services**

**"Caring for the Global Community"**

In Saint Louis, Missouri

[www.emedcenter.org](http://www.emedcenter.org)

011 - 314-747-8377

**Grazie A Tutti**

INTERNATIONAL HEALTHCARE SERVICES | [www.emedcenter.org](http://www.emedcenter.org) | 811-314-362-8472



# Innovazione e ricerca in biologia molecolare

A cura di:

**Dott. Bruno Casali** *Responsabile Laboratorio di Biologia Molecolare*

Quando nel 2001 furono presentati all'opinione pubblica mondiale le conclusioni del progetto genoma, il Dr. Collins del NIH e responsabile per il governo USA dello sviluppo del genoma, per spiegare i risultati di tale progetto sulla rivista Nature, sceglieva la metafora di un albero di mele. Come chi raccoglie le mele da un albero alto e rigoglioso stando per terra può raggiungere solo quelle pochissime situate vicino al tronco, mentre la quasi totalità rimangono lontane e irraggiungibili, così nella valutazione delle malattie umane fino ad ora si è potuto comprendere e quindi mettere in atto misure diagnostiche e terapeutiche solo di pochi e facilmente accessibili processi patologici. La conoscenza del codice della vita, che è scritto in ogni gene, può fornire le molte informazioni che ancora ci mancano per meglio diagnosticare e curare le malattie. Si è così capito che i geni, che sono qualche decina di migliaia, contengono tutte le informazioni per produrre i milioni di proteine presenti nel nostro corpo. Le proteine determinano come è il colore dei nostri occhi, come siamo alti, ma anche come rispondiamo alle infezioni, metabolizziamo i farmaci e a quali malattie andiamo più facilmente incontro. Ma nonostante si siano fatti molti progressi per identificare, catalogare, e trovare le centinaia di migliaia di modificazioni dei geni e delle proteine, la diagnosi e la cura delle malattie non hanno fatto quel salto di qualità che forse ci si attendeva. Con il passare del tempo e con l'avanzamento dei lavori ci si accorge sempre di più che tutto è molto, molto complesso. Questa complessità pone la medicina di fronte a nuovi scenari, che per potere essere affrontati e decifrati necessitano di ridefinire anche alcuni modelli interpretativi che stanno alla base delle conoscenze delle malattie. Adesso, concetti come gene non sono come era in passato solo sinonimo di ereditarietà. Le famose e fondamentali leggi di Mendel sono da sole insufficienti per spiegare il complesso e sofisticato ruolo dei geni nell'interagire con le cause ambientali per determinare l'insorgenza e la progressione delle malattie più comuni, come il cancro, le malattie cardiovascolari e le malattie degenerative. In futuro misurare un singolo biomarker (proteina o gene) non sarà più sufficiente per fare una diagnosi precoce o monitorare una terapia. Se è vero che dal progetto genoma sono emerse più domande che risposte, alcune cose però sono certe. Una di queste certezze è che il valore predittivo in termini di fattore di rischio e di Odd Ratio di un singolo biomarker è molto modesto. In futuro ci dovremo abituare a valutare i nuovi biomarkers non come singole entità ma come cassette, o cluster di decine o addirittura centinaia di molecole messe assieme. Termini come proteoma, relisoma, metaboloma e segnaloma, che stanno ad indicare l'insieme di tutte le molecole appartenenti ai fondamentali processi fisiopatologici che sono alla base delle malattie, diventeranno termini sempre più familiari. Per affrontare e rendere attuabili nella medicina clinica queste nuove prospettive c'è bisogno anche di utilizzare nuove strategie tecnologiche, come ad esempio sistemi che permettano di determinare simultaneamente l'espressione di centinaia o di migliaia di molecole. La possibile collaborazione con la Washington University costituisce per il Laboratorio di Biologia Molecolare un ponte per potere accedere

a queste nuove possibilità tecnologiche che rappresentano il futuro della medicina di laboratorio. La Washington University è una delle sette sedi pubbliche degli USA dove si è svolto il progetto genoma. In particolare la branca del progetto genoma che si occupa delle ricadute e degli sviluppi tecnologici ha sede proprio in quella università. Nel recente incontro con la delegazione della Washington University abbiamo proposto di mettere assieme in un progetto comune alcune competenze maturate presso l'ASMN.

Oltre cinque anni di intenso lavoro collaborativo con alcuni reparti quali Reumatologia, Neurologia e Nefrologia, ma anche le Medicine interne e la Pneumologia, hanno permesso di allestire casistiche cliniche di oltre mille pazienti, raccogliendo per ogni paziente decine di parametri ed allestendo un'ampia genoteca di pazienti e di controlli. Nel nostro ospedale esistono casistiche come quelle di Reumatologia sulle vasculite, che come è testimoniato dalle pubblicazioni scientifiche, sono fra le più ampie e meglio catalogate d'Italia e forse d'Europa.

Un altro progetto proposto alla Washington University riguarda il ruolo dei polimorfismi genici nella insorgenza della resistenza alla radioterapia nei tumori. La collaborazione fra le Unità Operative di Radioterapia, di Medicina Nucleare e del Laboratorio di Biologia Molecolare con la Washington University prevede l'utilizzo della PET per determinare il ruolo prognostico dei geni che regolano l'angiogenesi tumorale nella comparsa della resistenza alla terapia radiante.

# Progetto Proteomica

A cura di:

**Dott.ssa Maria Brini** *Direttore Dipartimento Patologia Clinica*

**Dott. Salvatore De Franco** *U.O. Chirurgia Toracica*

**Pietro Accardo, Annalisa Pilia, Francesca Scamardella** *Laboratorio Analisi Chimico Cliniche*

Il progetto di ricerca sulla proteomica delle neoplasie del polmone, proposto dal laboratorio analisi chimico cliniche del nostro ospedale, ha suscitato particolare interesse nell'ospite americano (dr Miller, pro-rettore della WUSTL).

La proposta di collaborazione tra il dipartimento di patologia clinica e l'università d'oltreoceano rappresenta un'occasione importante per potere iniziare un percorso di ricerca di base intorno ad una disciplina, la proteomica, che si è sviluppata fuori dal nostro paese. Una collaborazione attiva nella ricerca di laboratorio con la WUSTL, università americana che ha "prodotto" almeno 10 premi nobel per la medicina, tra cui anche la nostra connazionale Rita Levi Montalcini, dovrebbe farci riflettere sulla preziosa opportunità che ci viene offerta.

## Proteomica: il futuro del laboratorio.

Sono state date molte definizioni di "Proteoma" o "Proteomica". La più semplice è proteoma = PROTEine espresse da un genOMA. In modo più descrittivo, si può definire la Proteomica come la disciplina scientifica che analizza e caratterizza le proteine, le loro interazioni e le modificazioni cui vanno incontro in un organismo.

L'analisi del proteoma è, e sarà nei prossimi anni, una sfida per tutta la comunità scientifica ancora più ardua di quella lanciata dallo studio del Genoma, i cui risultati stanno alla base e costituiscono la necessaria premessa per l'analisi del Proteoma.

Infatti, mentre il genoma di un organismo multicellulare è costante per tutte le cellule negli anni, il proteoma varia già secondo il tipo di cellule nello stesso organismo. E' dinamico perché è definito dalla combinazione del genoma (fattore statico), dell'ambiente, della storia pregressa della cellula e dal momento della vita della cellula stessa, questi ultimi due fattori sono dinamici.

In una cellula umana ci sono almeno 20.000 proteine espresse in ogni momento in quantità diverse (dynamic range).

Non esiste una singola tecnica analitica in grado di risolvere un così grande numero di proteine espresse con un così ampio "dynamic range": è necessario combinare, in modo ortogonale due o più metodiche che separino le proteine in base a parametri diversi.

L'elettroforesi bidimensionale (2-DE) (Fig.1), malgrado tutti i suoi limiti, è tuttora considerata essenziale negli studi di proteomica dalla maggior parte dei ricercatori. Questa fornisce delle mappe globali di tutte le proteine visualizzabili (Fig.2), che sono confrontabili, via Internet, anche fra laboratori diversi.

Si tratta di un esempio illuminato di integrazione tra la 2-DE, considerata fino ad alcuni anni fa una metodica di laboratorio obsoleta, e le banche dati presenti nella rete di Internet. Questa disciplina permetterà, nel futuro prossimo, lo sviluppo di nuovi marcatori di malattia neoplastica ed eventuali nuovi farmaci.

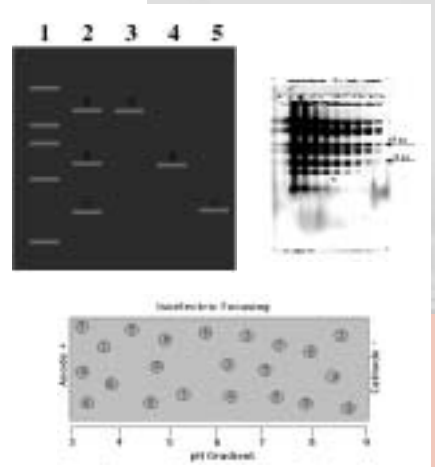


Fig.1 Rappresentazione schematica dell'elettroforesi bidimensionale (2-DE): isoelettrofocusing + SDS PAGE.

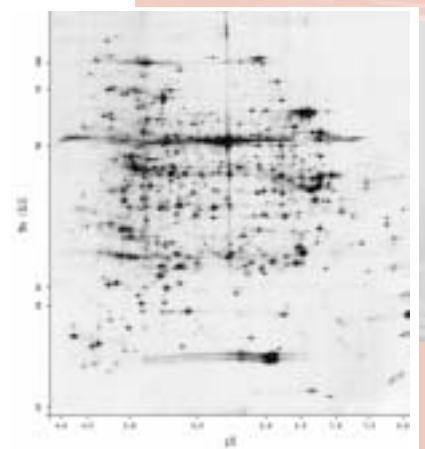


Fig. 2 Esempio di mappa proteomica.

# La realtà dell'emergenza in Italia e nel Missouri: un confronto possibile fra due realtà così lontane

A cura di:

**Dott.ssa Anna Maria Ferrari** *Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza*

**Ivana Spaggiari** *Caposala U.O. Pronto Soccorso*

**Francesca Zuelli** *Servizio Sviluppo Organizzativo*

Confrontare due realtà sanitarie come quella italiana e quella americana, sembra molto complesso in quanto sia le caratteristiche politiche, sociali ed ambientali, che l'organizzazione dei servizi sono molto diverse.

In realtà ci sono aspetti che vanno ben oltre le differenze e che rimangono come esperienze di confronto, che arricchiscono professionalmente ed umanamente, allargando i confini della nostra immaginazione e soprattutto la creatività attraverso la quale possiamo proporre nuove soluzioni anche nei nostri contesti locali. E' auspicabile che ciò abbia una continuità nel tempo, affinché gli scambi possano diventare veramente momenti di condivisione e crescita.

E' ciò che è avvenuto in un incontro organizzato tra Mrs.Tina Ahearn e il Dr Muller del Barnes-Jewish Hospital di Saint Louis, Missouri, U.S.A, in occasione di uno scambio con il nostro Ospedale e il Direttore e il Responsabile Infermieristico del Dipartimento di Emergenza-Urgenza dell'Azienda.

Effettivamente è emerso che le realtà dell'Emergenza-Urgenza in Italia e nello Stato del Missouri hanno profonde differenze legate sia all'organizzazione che alla tipologia degli operatori impegnati nella gestione dell'emergenza. Anche la formazione di questi operatori ha caratteristiche diverse.

Negli Stati Uniti, in particolare nello Stato del Missouri, sulle ambulanze ci sono figure professionali che in Italia non esistono. Esse sono chiamate paramedici, ma non sono infermieri, come a volte, purtroppo, capita di sentire chiamare gli infermieri in Italia, ma operatori specializzati nello stabilizzare il paziente, somministrando anche farmaci, se necessario: sono veri e propri tecnici dell'emergenza, usciti da un corso biennale di formazione specifica e sono tenuti a seguire 60 ore annue di formazione continua.

Specialmente nelle zone periferiche delle città i Vigili del Fuoco possono essere i primi a prestare il soccorso. Ci hanno riferito tra l'altro che il Barnes-Jewish Hospital, è stato l'ospedale a presentare il primo modello di addestramento BLS proprio per Vigili del Fuoco.

Del resto il 911, numero telefonico dell'emergenza, negli Stati Uniti è universale, nel senso che riceve chiamate per qualsiasi tipo di emergenza, non solo sanitaria e quindi gli operatori che ivi operano gestiscono tutti gli interventi compresi quelli della Polizia, dei Pompieri, ecc.

La realtà italiana, in particolare del nostro dipartimento, fa riferimento invece ad un bacino d'utenza provinciale (500 mila abitanti di cui circa 250 mila nel distretto di Reggio Emilia e comuni limitrofi ) e si occupa

di circa 70 mila pazienti/anno.

Il funzionamento della gestione dell'emergenza, si basa sull'attivazione attraverso il 118, che gestisce soltanto l'emergenza sanitaria, per cui le prime persone ad arrivare sul luogo dell'emergenza sono l'autista e i volontari, e, in caso di codice rosso, il medico d'emergenza territoriale e l'infermiere specializzato .

L'auto medicalizzata mediamente effettua 13-14 uscite giornaliere.

Il confronto poi è continuato su una tematica molto delicata e attuale nella nostra Provincia, rappresentata dalla mancanza di un Pronto Soccorso Pediatrico vero, sopperita dalla presenza di un accesso diretto nell'U.O di Pediatria, che però non può strutturalmente farsi carico di tutte le problematiche di urgenza/emergenza pediatrica. In realtà l'afflusso dei bambini è notevole, ma non è presente un pediatra in Pronto Soccorso, per cui ciò crea notevoli difficoltà nella gestione delle problematiche di un bambino che non è un "adulto piccolo", ma presenta caratteristiche che sono peculiari, anche nei casi di emergenza/urgenza.

All'interno del BJC invece il Pediatra Residente in P.S. è una realtà consolidata.

Un altro aspetto affrontato in questo incontro è quello relativo alla "questione sociale", ovvero alla molteplicità delle etnie che si pre-



sentano in Pronto Soccorso e soprattutto alla molteplicità delle problematiche sociali che presentano gli utenti, indipendentemente dalla loro provenienza. Tali problematiche renderebbero necessaria la presenza, o comunque la disponibilità/reperibilità 24 ore su 24 di assistenti sociali e mediatori culturali : sono in costante incremento gli utenti senza tetto, stranieri e non, gli anziani soli, ecc.

Mrs. Ahearn e il Dr Muller ci hanno invece spiegato che nel loro Ospedale é presente, con nostra grande sorpresa, addirittura in ogni Unità Operativa, una equipe specifica di Assistenti Sociali, che si occupano di tutte le problematiche correlate.

Un'altra differenza tra la nostra realtà e quella americana è rappresentata dal fatto che il nostro Pronto Soccorso non è dotato di stanze di decontaminazione per incidenti chimici, mentre non solo nel BJH è presente, ma gli operatori sono formati a seguire indicazioni per il bioterrorismo, dato il pressante pericolo di attentati di qualsiasi tipo.

Le criticità che ci hanno però riportato rispetto la loro realtà è rappresentata dal modo di vivere la professione medica e infermieristica, soprattutto alla luce di una organizzazione basata sulle assicurazioni. I medici sono nel mirino degli avvocati, le troppe cause intentate nei confronti degli ospedali rendono impossibile lavorare con la necessaria serenità; le assicurazioni gravano di gomila \$ l'anno sugli stipendi dei medici e molti neolaureati oggi si specializzano in "business administration" o in legge, perché la pratica clinica è troppo rischiosa! Chi opera nell'ambito clinico, fa un ricorso al consenso informato in modo estremo, al punto di dover ottenere a tutti i costi la firma del pa-

ziente, anche se sanguinante, per qualunque intervento, per avere la sicurezza di aver agito almeno legalmente.

In Italia, sebbene questa sia una problematica di grande attualità, non siamo per il momento ancora giunti a tali situazioni estreme.

Dal punto di vista infermieristico, o comunque degli operatori non medici, negli U.S.A., non esistono Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro, o anche solo Accordi Locali a livello di Ospedale.

Essi sicuramente da un lato offrono garanzie e diritti ai professionisti, dall'altro condizionano nei tempi e nei modi l'organizzazione delle strutture sanitarie, per noi, che tutti i giorni ne facciamo esperienza, non sempre positivamente. In America ogni contratto è individuale e ogni professionista è sottoposto alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi, che condiziona ovviamente (per loro) il rapporto di lavoro.

Da questo confronto ognuno di noi si è "portato a casa" qualcosa di importante, qualche dubbio in più, qualche certezza in più, ma soprattutto l'idea che questo scambio possa continuare, a diversi livelli, attraverso l'approfondimento di alcune tematiche che non è possibile affrontare in modo esaustivo in una "chiacchierata" qualche ora, come ad esempio la tematica legata agli aspetti sociali, al Pronto Soccorso Pediatrico e all'integrazione medico-infermieristica, argomento solo accennato in questo incontro.

Crediamo sia stato aperto un cammino di confronto, è auspicabile che possa svilupparsi in un futuro prossimo nell'ambito di queste tematiche per noi fondamentali.

# Dalla teoria alla pratica clinica

A cura di:  
**Dott. Annibale Versari U.O. Medicina Nucleare**

*La collaborazione fra l'Arcispedale S. Maria Nuova e la Washington University - School of Medicine (WUSM) di St. Louis (Missouri - USA) ha trovato il suo suggello nel Meeting sulle Applicazioni della PET in Radioterapia di cui si è ampiamente parlato in altra parte di questo giornale. Ma questo è stato solo uno degli eventi, sia pure molto importante, che hanno caratterizzato la settimana della visita degli ospiti americani al nostro Ospedale.*

Infatti il Dr. Tom Miller, docente di Medicina Nucleare ed esperto di PET (Tomografia ad Emissione di Positroni) della WUSM, nei 2 giorni successivi al meeting, si è trattenuto a Reggio Emilia per poter discutere "sul campo", con i colleghi delle Unità Operative di Medicina Nucleare, Fisica Sanitaria e Radioterapia Oncologica, le applicazioni pratiche di ciò che al convegno si era discusso sul piano teorico.

In questa occasione sono state affrontate le problematiche della refertazione PET e dell'uso di indici di captazione (es. SUV - standardized uptake value) del  $^{18}\text{F}$ -FDG, radiofarmaco usato per gli esami PET, nella valutazione dei noduli polmonari di natura indeterminata per una migliore diagnosi differenziale fra forme benigne e maligne.

La possibilità di avere il parere di un "supervisore" di così grande esperienza in questo campo ha portato ad un incontro multidisciplinare (medicina nucleare, radiologia, radioterapia, oncologia, ematologia, chirurgia toracica, anatomia patologica, pneumologia) nel quale sono stati discussi casi clinici complessi che riguardavano la diagnostica PET. Gli obiettivi dell'incontro erano sia di tipo clinico (interpretazione dei reperti dubbi, altre possibilità diagnostiche, ecc) che metodologico (suggerimenti sull'approccio al paziente oncologico e sulla discussione dei singoli casi).

Va infatti ricordato che gli incontri per la discussione dei casi difficili e didattici rappresentano una consuetudine negli ospedali americani e che in ogni reparto vengono tenuti con cadenza almeno settimanale.

Questo metodo realizza un doppio obiettivo. Il primo è quello di curare meglio il paziente che vede la sua situazione clinica posta al centro dell'attenzione di specialisti che danno il proprio parere e lo discutono con gli altri per raggiungere un consenso sulla procedura diagnostico-terapeutica più corretta. Tale aspetto rappresenta sicuramente un grande progresso rispetto alla consuetudine di richiedere al paziente una serie di singole visite specialistiche interpretate alla fine dal medico di medicina generale che, a volte, si trova a dover decidere autonomamente su pareri contrastanti.

Il secondo obiettivo è quello della crescita culturale e dell'aggiornamento del personale medico per la cui realizzazione l'approccio pratico al caso clinico rappresenta sicuramente il metodo più efficace.



Il Dr. Tom Miller e il Dr. Daniel Mueller nel Servizio di Medicina Nucleare dell'ASMN

Comunque questi "audit clinici" rappresentano già una realtà per il nostro ospedale ove, per fare alcuni esempi, si tengono incontri su casistica complessa di chirurgia toracica, ematologia, diagnostica PET-TC-RM con la partecipazione di numerosi specialisti dei vari reparti. Essi rappresentano sicuramente esperienze molto positive da continuare ed estendere.

Con il Dr. Miller si sono discussi anche progetti di ricerca comuni. Particolarmente apprezzati quello proposto dal Dr. Bruno Casali sul contributo della Biologia Molecolare nello studio della resistenza di alcuni tumori alla terapia radiante e sul ruolo che la PET può giocare in tale valutazione e quello del Dr. Rolando Polico sull'applicazione della tecnica radioterapica cosiddetta Policentrica ad Archi Multipli nel trattamento del carcinoma polmonare che ha destato grande interesse anche per le possibilità di sviluppo con l'utilizzazione della PET nella scelta del volume bersaglio.

La definizione pratica di questi progetti è in corso, con l'obiettivo di passare alla fase operativa già nei primi mesi del 2004.

Si potranno, in questo modo, rendere più salde le basi di questa promettente esperienza che avrà un reale futuro solo se diventerà progressivamente una "vera collaborazione".

# Prospettive nella Rete

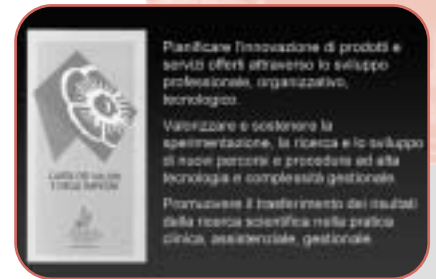
A cura di: **Barbara Curcio Rubertini** *Direttore Servizio Sviluppo organizzativo, Responsabile network per l'Innovazione e la Ricerca*

## Un po' di storia

Il Programma "Network per l'Innovazione e la Ricerca dell'ASMN" è stato varato nel 2000, su input del Collegio di Direzione. Nel giugno di quell'anno si tenne un Seminario di studio che vide coinvolti, oltre il Collegio che ne era promotore, tutti i Responsabili delle Strutture Complesse sia medici, che infermieri, tecnici, amministrativi. Il seminario pose le basi per la Carta dei Valori e degli Impegni della nostra azienda e fu l'occasione per dare mandato alla Direzione di organizzare un programma stabile di sostegno all'innovazione professionale, tecnologica e organizzativa. La successiva elaborazione della Carta dei Valori, che vide impegnati alcune centinaia di professionisti del nostro ospedale (oltre ai responsabili di équipe anche tutte le persone che facevano parte di gruppi di miglioramento, progetti di sviluppo, programmi di certificazione di qualità ISO), confermò il valore dell'Innovazione come uno dei fondamentali indirizzi dell'Azienda e segnalò una serie di impegni del Santa Maria nel medio periodo (FIG Valore Innovazione dalla Carta)

## Che cos'è il "Network per l'Innovazione e la Ricerca"

Il Programma "Network per l'Innovazione e la Ricerca" è quindi una delle principali azioni di sostegno allo sviluppo di nuove competenze professionali, sviluppo finalizzato all'offerta, da parte del nostro ospedale, di servizi agli utenti sempre più all'avanguardia e al passo con i risultati della ricerca scientifica. Si occupa della ricerca attiva di partners per l'innovazione fra le istituzioni sanitarie più avanzate in Europa e nel mondo; dello studio, insieme alle équipes cliniche e alla Direzione Sanitaria, delle opportunità di sviluppo di nuovi servizi e prodotti (ad esempio, chirurgia microinvasiva) rispetto alle esigenze del nostro bacino di utenza. Si incarica inoltre di organizzare "visite di conoscenza" finalizzate a stabilizzare i canali di collaborazione e di stipulare veri e propri accordi bilaterali nei campi scelti come terreno di scambio. (In questo triennio sono stati stipulati accordi con la Scuola di Medicina della Washington University in St. Louis, Il Barnes Jews Hospital - settimo nella classifica dei migliori ospedali negli Stati Uniti- e sono in corso di stesura gli accordi e il programma scientifico di collaborazione con la Mayo Clinic - secondo tra i migliori ospedali negli USA) Supporta le équipes coinvolte nello sviluppo dei nuovi servizi/prodotti garantendo loro la continuità negli anni del finanziamento dei programmi didattici legati all'acquisizione delle nuove competenze, l'organizzazione degli stages in Italia e all'estero e la revisione periodica, sia a distanza che presso il S.Maria, dell'apprendimento dei nostri professionisti. svolta da parte di Tutors identificati dalle Università e Ospedali nostri partners. Promuove, inoltre, attraverso i canali della programmazione aziendale di budget, gli eventuali adeguamenti delle tecnologie e della organizzazione necessari all'impianto dei nuovi programmi, in maniera da garantire la migliore coerenza tra gli investimenti sulle persone e quelli in strutture e tecnologie. Sostiene poi i professionisti direttamente impegnati nell'acquisizione delle competenze innovative, aiutandoli nel trasferimento della loro esperienza e nel coinvolgimento diretto di tutta l'équipe medica, infermieristica e tecnica. Il Programma si occupa anche della ricerca attiva dei finanziamenti, promuovendo e seguendo l'istruttoria per la partecipazione a bandi di Ricerca (abbiamo partecipato ai Bandi del Ministero della Salute per la Ricerca Sanitaria Finalizzata e ai Bandi della Regione Emilia Romagna per la



Modernizzazione, ottenendo finanziamenti complessivamente per 402.000 € per il triennio 2003-2005)

## Un'Evoluzione possibile

La settimana di studio che ha avuto come oggetto centrale le nuove possibilità di diagnosi e terapia offerte ai pazienti oncologici all'Arcispedale Santa Maria Nuova grazie all'uso della tecnologia PET ci fornisce un esempio di come si intende lavorare. Un esempio, beninteso, che può essere d'aiuto anche per migliorare la "stabilità" nel tempo e offrire maggiori garanzie di conquiste stabili sia alle équipes cliniche che agli utenti, anche su programmi di innovazione già avviati al S. Maria Nuova negli anni passati, grazie all'impegno delle équipes e al sostegno importantissimo della comunità civile reggiana. Semmai, l'intento per il futuro è quello di coinvolgere nella "spirale dell'innovazione" non singole unità cliniche ma piuttosto tutte le équipes e tutte le figure professionali implicate nel percorso di diagnosi e terapia per una certa tipologia di pazienti: nel caso del programma che è stato oggetto della settimana di scambi con la Washington University, per esempio, dal coinvolgimento iniziale di Medicina nucleare, Radioterapia e Fisica Sanitaria - che l'hanno promosso - stiamo passando all'impegno diretto di Pneumologia, Urologia, Chirurgia Toracica; Oncologia; Endocrinologia, Anatomia Patologica, Biologia Molecolare; Laboratorio di chimico-clinica. E, ugualmente importante, alla partecipazione attiva nel programma di innovazione della pratica assistenziale e dell'organizzazione dei percorsi dei pazienti da parte delle équipes infermieristiche e tecniche, che d'ora in poi parteciperanno anche agli stages e alle revisioni cliniche.



# La terapia del sorriso

A cura di:  
Nicoletta Vinsani Caposala U.O. di Pediatria

**"L'ATTIVITA' E' GIOIA E LA GIOIA FA L' EFFETTO DI UN' INIEZIONE DI SALUTE".**

*Questa frase della famosa pedagoga MARIA MONTESSORI fa capire quanto sia importante in reparti come la pediatria poter dare la possibilità al bambino di continuare a giocare e a sorridere anche quando la sua vita viene sorpresa da eventi imprevisti e il suo "mondo bambino" viene sostituito dal "mondo sanitario".*

Giocare per un bambino malato non è stare alla larga da esperienze difficili e dolorose ma è l'espressione del tentativo di attraversarle senza soccombervi, è la strada per sopravvivere alla malattia potendola "pensare".

Attraverso il gioco il bambino esprime stati d'animo, paure, emozioni. Il gioco infatti è uno strumento indispensabile per la crescita intellettuale del bambino, attraverso di esso il bambino impara ad affrontare e a vivere in modo adeguato le situazioni della vita. E' quindi indispensabile offrire durante il soggiorno in ospedale al nostro piccolo ospite l'assistenza di operatori professionalmente preparati sia dal punto di vista tecnico che psicologico ma anche la presenza costante di volontari che possano aiutare il bambino a continuare a giocare nonostante la situazione di malattia.

Al fianco degli operatori della pediatria dal 1992 collabora l'AVO e dal 2000 Creativ-educare. Per agevolare l'ingresso in reparto dei volontari sono stati organizzati corsi di formazione tenuti dal personale sanitario e dalla psicologa della pediatria.

Queste due associazioni di volontariato gestiscono l'attività ludica e la sala giochi del reparto intrattenendo i piccoli ospiti nella sala giochi o nelle loro stanze di degenza, oppure si occupano di sorvegliare i bambini nel caso i genitori si debbano assentare dal reparto.

I volontari sono presenti in reparto tutti i giorni dal lunedì al sabato dalle 9 alle 11,30 e dalle 15 alle 18.

Ogni mattina sono presenti da un minimo di 1 a un massimo di 3 volontari mentre al pomeriggio sono presenti da un minimo di 2 a un massimo di 4 volontari.

Il gruppo dei volontari è coordinato da 2 responsabili la sig.ra Tiziana Pelli per AVO e il sig. Gianluca Genovese per Creativ-educare i quali mantengono i contatti con la caposala per ciò che riguarda la programmazione delle attività routinarie e speciali.

Le attività speciali comprendono feste e spettacoli che vengono organizzate in occasione del Natale, Pasqua, carnevale, festa della mamma.

La sala giochi è piccola ma ben fornita di materiale, molti giocattoli e piccoli arredi sono stati donati da scuole, associazioni sportive e privati; inoltre nella sala vi è il computer collegato con le scuole di Reggio Emilia che permettono al bambino ricoverato di comunicare con i propri compagni di clas-



se facendolo così sentire non più "isolato" dal "suo mondo".

Due acquarii, uno in sala giochi e l'altro nella sala di attesa del day hospital hanno il compito di rendere gli ambienti più accoglienti. Non avendo a disposizione un servizio veterinario interno la peth-therapy per ora rimane "un sogno nel cassetto" e quindi per ora i bambini si consolano con i "nostri pesci!"

La grande novità di quest' anno pero' è l'ingresso in pediatria dei dottori clown ovvero la clown terapia di cui Hunter "Patch" Adams è l' icona.

Gioco e risata sono gli strumenti del clown dottore che indossando il camice usa la fanta-medicina per rendere meno traumatico il ricovero ospedaliero.

Il clown dottore coinvolge l'intero reparto medici e infermieri contagiando tutti con l'allegria. Studi recenti hanno avvalorato che la risata influisce positivamente nei processi di guarigione e come sostiene Patch Adams "LA GIOIA E' UNA FONTE INESAURIBILE DI BUONA SALUTE."

I primi medici clown nacquero in America nel 1986 a New York per merito di Michael Christensen clown professionista e Paul Binder che fondarono la "CLOWN CARE UNIT" che tuttora porta sorriso e fantasia negli ospedali pediatrici. Solo a New York vi sono 37 medici clown che lavorano in 7 ospedali pediatrici.

Il cosiddetto "teatro povero" quello del circo e dei saltimbanchi viene considerato negli ultimi tempi, dal teatro contemporaneo, un teatro con enormi potenzialità educative e terapeutiche.

I clown dottori sono arrivati anche nella nostra azienda e sono coordinati dal dottor BUBBA alias Davide Grossi dell'Associazione Vip missionari clown.

La nuova attività è iniziata il 7 luglio 2003 nei reparti di pediatria e riabilitazione ma in futuro si dovrebbe estendere anche ad altre unità operative perché la terapia del sorriso è utile anche agli adulti non solo ai bambini perché come SI LEGGE NEL "PICCOLO PRINCIPE" di Antoine De Saint-Exupery "TUTTI I GRANDI SONO STATI BAMBINI UNA VOLTA."

I clown sono presenti in ospedale ogni sabato dalle 15 alle 18 e intrattengono i piccoli ricoverati nel-

le stanze di degenza e nella sala d'attesa delle visite urgenti pediatriche i bambini che attendono di essere visitati.

I volontari sono una risorsa indispensabile per la pediatria siano essi di A.V.O. di Creativ educare e di Vip perché comunque tutte e tre le associazioni hanno un obiettivo comune:

aiutare il bambino ad affrontare al meglio il suo, speriamo breve, soggiorno in ospedale.





*Auguri di Buone Feste!*