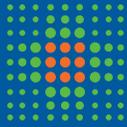


n. 3/4

Notizie

Settembre 2007

Arcispedale Santa Maria Nuova



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Arcispedale S. Maria Nuova

PERIODICO BIMESTRALE DELL'ARCISPEDALE SANTA MARIA NUOVA DI REGGIO EMILIA

Registrazione del Tribunale di Reggio Emilia n. 940 del 11/02/97 Anno XII • 2007 • n.3/4

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

IL COLLEGIO DI DIREZIONE DEL SANTA MARIA NUOVA

IL BILANCIO DI MISSIONE: CHE COSA E'?

O.R.I.A L'OSSERVATORIO PER LA RICERCA ED INNOVAZIONE AZIENDALE

LA VALUTAZIONE PER DAR VALORE AL METODO ED AL MERITO

LA RIANIMAZIONE SPERIMENTA
UNA CARTELLA CLINICA COMPUTERIZZATA

"LINFOCARE 2007 - 2011" EVOLUZIONE
DI UN PROGETTO DI COLLABORAZIONE
PER LA LOTTA AI LINFOMI

LA PRONAZIONE DEL PAZIENTE CON ARDS
LE SFIDE DELLA RIANIMAZIONE

BILANCIO DI 10 ANNI DI SCREENING
DELLA MAMMELLA

INFEZIONI NOSOCOMIALI
ASSOCIATE AL CATETERISMO URINARIO

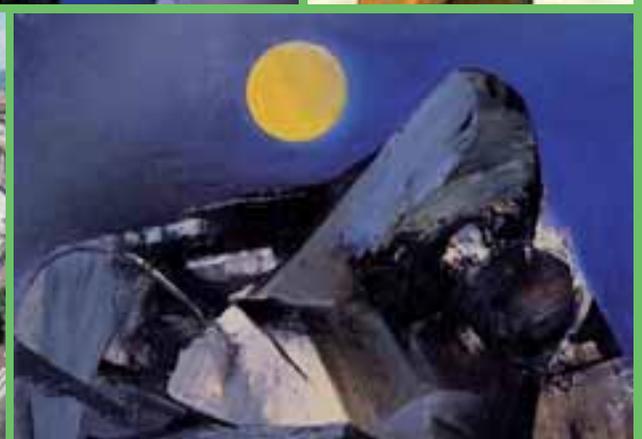
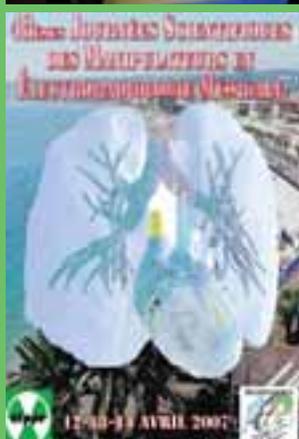
"PROGETTO GESTIONE DEL RISCHIO
CADUTE ACCIDENTALI IN OSPEDALE"

"NEL PROBLEMA C'E' LA SOLUZIONE"

"SEMINA E RACCOLTO: UNA NUOVA
STAGIONE"

"COLLEGIO IP.AS.VI.: CAMBIO DI SEDE
PER UNA PROFESSIONE CHE STA
CAMBIANDO"

IL MASCHILE E IL FEMMINILE
IN ONCO-EMATOLOGIA: STORIE DI VITA,
VISSUTI E PROGETTI A CONFRONTO



SOMMARIO

Direzione Aziendale

3 Il Collegio di Direzione del Santa Maria Nuova

Direzione Aziendale

5 Il bilancio di missione: che cosa e'?

Servizio Formazione, Innovazione Clinica e Biblioteca

11 O.R.I.A l'osservatorio per la ricerca ed innovazione aziendale

*Servizio Formazione, Innovazione Clinica e Biblioteca
Ufficio Epidemiologia e Statistica*

13 La valutazione per dar valore al metodo ed al merito

Dipartimento Cardio - Toraco - Vascolare e di Area Critica

17 Cartella clinica computerizzata: la sperimentazione della rianimazione

Dipartimento Onco - ematologico e Malattie Infettive

19 "Linfocare 2007 - 2011" evoluzione di un progetto di collaborazione per la lotta ai linfomi

Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare e di Area Critica

21 la pronazione del paziente con ards Le sfide della rianimazione

Dipartimento Diagnostica per Immagini

23 Bilancio di 10 anni di screening della mammella

Direzione Operativa

24 Infezioni nosocomiali associate al cateterismo urinario

Direzione Infermieristica, Tecnica e Ostetrica

26 "Progetto gestione del rischio cadute accidentali in ospedale"

Direzione Infermieristica, Tecnica e Ostetrica

28 "Nel problema c'e' la soluzione "

Direzione Infermieristica, Tecnica e Ostetrica

30 "Semina e raccolto: una nuova stagione"

33 "Collegio IP.AS.VI.: cambio di sede per una professione che sta cambiando"

La voce delle Associazioni

35 Il maschile e il femminile in onco-ematologia: storie di vita, vissuti e progetti a confronto

NOTIZIE

PERIODICO BIMESTRALE DELL'ARCISPEDALE S. MARIA NUOVA DI REGGIO EMILIA

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

ANNO XII - 2007 - N. 3/4

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

DIRETTORE RESPONSABILE

Lidia Scalabrini

HANNO COLLABORATO A QUESTO NUMERO:

Chiara Beggi

Antonio Boccia

Walter Bottari

Cristiana Caffarri

Roberto Caroli

Elena Costa

Salvatore De Franco

Debora Formisano

Marina Lemmi

Iva Manghi

Elisa Mazzini

Daniela Mecugni

Francesco Merli

Luisa Montanari

Marzia Prandi

Elena Riccò

Sonia Romani

Alessandra Ronzoni

Patrizia Sangalli

Carla Tromellini

Francesca Zuelli

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Ufficio Comunicazione Aziendale

Viale Umberto I°, 50 - 42100 Reggio Emilia

Tel. 0522 296836/296806 - Fax 0522 296384

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

GRAFICA E STAMPA

Nerocolore · Correggio (RE)



IL COLLEGIO DI DIREZIONE DEL SANTA MARIA NUOVA

La Legge Regionale n.29 del 28 dicembre 2004, legge di riforma del Sistema Sanitario Regionale, ha elevato il Collegio di Direzione al rango di organo delle aziende sanitarie pubbliche.

Il Collegio si affianca così ai due preesistenti organi: il Direttore generale ed il Collegio dei Sindaci Revisori.

È stato l'accoglimento dei cambiamenti proposti dalla L.R. n.29/2004 ad avere determinato, ricordiamo, all'inizio di questo anno, la riedizione dell'Atto Aziendale in corrispondenza della quale è avvenuta la ripuntualizzazione dell'organizzazione dipartimentale.

L'obiettivo dichiarato del complessivo percorso di ringegnerizzazione della nostra organizzazione è stato quello di valorizzare il contributo di tutti gli operatori nel governo dell'Azienda, in piena sintonia con la riforma regionale.

Tale riforma, nota anche come *terza aziendalizzazione* del SSR, ha rappresentato il naturale approdo del processo di dipartimentalizzazione che ha caratterizzato l'evoluzione del S.S.N. secondo un percorso, iniziato alla metà degli anni Novanta, che ha ricevuto fondamentale impulso dalla riforma del Titolo V della Costituzione (L. 3/2001).

Con esso le competenze di Stato e Regioni in materia di organizzazione sanitaria sono state diversamente calibrate nel senso di una maggiore autonomia locale.

Il Collegio di Direzione presieduto dal Direttore Sanitario, si presenta oggi in una nuova configurazione istituzionale: vanta una partecipazione numericamente ampia e con caratteristiche di interdisciplinarietà, corrispondendo così alle nuove e cruciali funzioni che la riforma regionale gli ha attribuito.

Spicca, in particolare, la facoltà di formulare proposte su:

- programmazione delle attività clinico assistenziali;
- gestione del rischio clinico;
- attività di formazione.



Il Collegio di Direzione è composto da:

- Direttore Amministrativo
- Direttore Operativo
- Responsabile della Direzione Infermieristica, Tecnica e Ostetrica
- Direttori dei dipartimenti dell'Azienda



Partecipano, inoltre, i Responsabili Infermieristici Dipartimentali, i Coordinatori di Area Amministrativa, Tecnica-Logistica-Sicurezza e Tecnologie Scientifiche ed Innovazione, nonché il Responsabile del Servizio Formazione, Innovazione Clinica e Biblioteca.

Il regolamento che disciplina il funzionamento del Collegio è entrato in vigore un anno fa, prima del suo insediamento nella nuova configurazione, avvenuta a Dicembre del 2006.

L'ampia partecipazione è il segnale tangibile di quello che concretamente significa per noi coinvolgimento, trasparenza nelle decisioni, verifica costante dei programmi e delle proposte, non solo all'interno ma anche all'esterno, con i più importanti interlocutori istituzionali, fra i quali l'Azienda Sanitaria Locale – principale committente –, la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria – sede di confronto tra Aziende Sanitarie ed Enti Locali, il Comitato Consultivo Misto – organismo di rappresentanza del volontariato accreditato. Comunicare capillarmente l'evoluzione dei progetti aziendali e le innovazioni che si introducono è, nel disegno complessivo tracciato dal Direttore Generale con il nuovo Atto Aziendale, ritenuto l'obiettivo prioritario utile a garantire l'evoluzione costante delle risposte diagnostico assistenziali per i nostri cittadini.

La consapevolezza di dover tendere all'utilizzo ottimale delle risorse umane, il più importante patrimonio dell'Azienda, e di quelle tecnologiche - in aggiornamento costante – senza trascurare l'obiettivo del sostanziale equilibrio economico-finanziario comporta, oggi più che mai, il coinvolgimento attivo di una molteplicità di professionisti. Solo così sarà possibile armonizzare le esigenze di specializzazione della pratica medica con le esigenze di interdisciplinarietà ed interprofessionalità che caratterizzano i moderni processi di intervento a tutela della salute.

I temi affrontati in quest'ultimo anno dal Collegio di Direzione hanno interessato molteplici aspetti sia contingenti che strategici e progettuali.

Tra gli altri, sono stati illustrati ed esaminati aspetti riorganizzativi, economico-finanziari ed anche tecnologico-strutturali, relativi a tematiche quali:

- concertazione regionale e contratto di fornitura con l'Azienda Usl;
- andamento della produzione e dei costi di beni sanitari;
- attivazione della c.d. "urgenza pediatrica";
- scelta delle misure organizzative per l'attivazione dell'Osservazione Breve Intensiva;
- attivazione della Centrale di Sterilizzazione;

- layout distributivo per la costruenda Ala Sud;
- progetti di massima per l'Ospedale della Donna e del Bambino e l'istituendo Polo Oncoematologico;
- il percorso IRCCS.

Sono stati illustrati, inoltre, progetti clinico-assistenziali importanti quali il Progetto Linfocare, il Piano-Programma di gestione del rischio, il Programma sperimentale a gestione informatizzata della prescrizione farmaceutica.

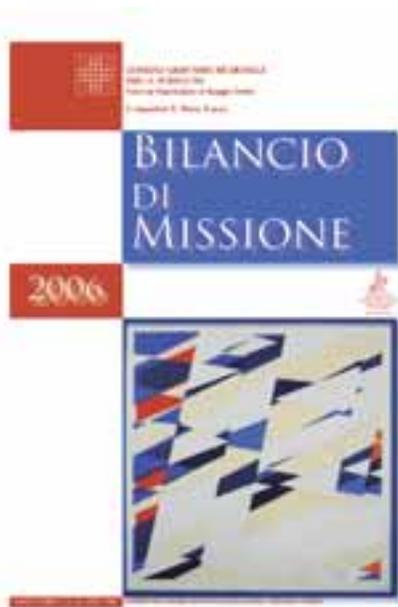
Nella convinzione che sia sempre più importante approfondire il coinvolgimento degli operatori di tutti i settori aziendali (compresi i coordinatori dei cosiddetti servizi di supporto, i componenti dei comitati di dipartimento - ormai vere e proprie assemblee - gli staff operativi dipartimentali, ...) viene utilizzata ogni modalità di creazione di relazioni interattive, costanti e stabili con il Collegio di Direzione e si auspica che tali confronti si intensifichino ulteriormente, per cementare il *senso di appartenenza* alla azienda S. Maria Nuova e consolidarne il ruolo, già riconosciuto dalla popolazione, non solo della nostra provincia, di interlocutore affidabile nella tutela della salute.

Iva Manghi

Il Presidente del Collegio di Direzione



IL BILANCIO DI MISSIONE: CHE COSA E'?



Il Bilancio di Missione, introdotto dall'art. 6, comma 1 della Legge Regionale 29/2004, è lo strumento con cui le Aziende Sanitarie rendono conto dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi assegnati dalla Regione e dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria.

Il documento è strutturato secondo un profilo di capitoli, paragrafi

e indicatori definito a livello regionale e omogeneo tra tutte le aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Nel corso del 2006, unitamente al Bilancio di esercizio, tutte le undici Aziende Usl della Regione, hanno predisposto e presentato il proprio "Bilancio di missione" riferito alla rendicontazione delle attività del 2005. Da quest'anno anche le 5 Aziende Ospedaliere dell'Emilia-Romagna e gli Istituti Ortopedici Rizzoli hanno elaborato il loro Bilancio di Missione.

Il risultato è particolarmente significativo se si considera che in ambito sanitario pubblico nazionale la "rendicontazione sociale" (a cui si può correlare lato sensu l'esperienza regionale) è un fenomeno recente, anche se in significativa crescita. Le prime sperimentazioni (da parte dell'Azienda ospedaliera di Padova, della Asl di Biella e della Ausl di Ferrara) risalgono al 1998 - 2000. Il quadro nazionale dei documenti prodotti resta tuttavia ancora variegato e disomogeneo, in relazione ad obiettivi perseguiti, destinatari, tipologie di strumento adottate, modelli (standard) di riferimento assunti.

Si tratta di documenti assai diversi che compongono un collettivo eterogeneo, in cui coesistono documenti com-

plici e relativamente corposi e documenti estremamente snelli e di tipo essenzialmente divulgativo. Ciò testimonia della varietà degli obiettivi perseguiti dalle Aziende con il "bilancio sociale". Nella maggior parte delle situazioni il documento si rivolge a tutti i principali stakeholder aziendali (compreso il "cittadino"). Pur proponendosi come strumenti di accountability, i bilanci sociali attualmente prodotti nelle varie strutture sanitarie nazionali appaiono nel loro complesso abbastanza carenti nella illustrazione degli obiettivi istituzionali perseguiti e conseguiti, non evidenziano chiaramente il grado di coinvolgimento degli stakeholder nel processo di valutazione e adattamento degli strumenti, non sembrano coordinarsi col processo di pianificazione, programmazione e controllo della gestione. In tale quadro, emerge la differente impostazione dell'esperienza dell'Emilia-Romagna che ha deciso di coordinare centralmente l'impostazione e la filosofia di elaborazione di questi documenti di rendicontazione

I Bilanci di missione elaborati a partire dal 2007:

- sono documenti annuali obbligatori (introdotti dalla LR 29/2004 che innova profondamente il sistema di governo della sanità regionale e introduce significative modifiche nell'organizzazione interna delle aziende e nelle modalità del loro funzionamento);
- coinvolgono tutte le aziende sanitarie, territoriali, ospedaliere ed universitarie della regione;
- sono concepiti, in tale ambito, come strumenti a supporto delle relazioni fra i principali attori istituzionali del sistema (Azienda, Regione Emilia-Romagna, Conferenza territoriale sociale e sanitaria e, per le Aziende Ospedaliere-Universitarie, le Università);
- si basano su uno specifico modello regionale;
- costituiscono il primo esempio di sistema di documenti ragionevolmente omogenei.

Obiettivi

Date le finalità perseguite e i principali destinatari cui si rivolgono, i Bilanci di missione si configurano come documenti:

- logicamente e funzionalmente coordinati con il Bilancio di Esercizio;
- ad alta valenza tecnica, piuttosto che divulgativa,



- con un complesso e copioso contenuto informativo relativamente a ruolo e attività (istituzionale) dell'azienda;
- attraverso i quali si è inteso, sì, perseguire obiettivi di accountability, ma anche (e in primo luogo) predisporre uno strumento di governance, orientato al governo partecipato introdotto dalla LR 29/2004;
 - in grado di recepire le indicazioni dei propri destinatari, delle CTSS in primo luogo;
 - che devono raccordarsi con gli strumenti di pianificazione, programmazione e controllo.

Il bilancio di missione si caratterizza pertanto come strumento capace di dare trasparenza all'azione istituzionale dell'Azienda Sanitaria, rispondendo alle necessità informative dei soggetti ai quali deve "dare conto".

Esso è finalizzato a:

- illustrare gli esiti dell'attività istituzionale svolta dall'Azienda;
- supportare in modo attivo e dinamico il sistema delle relazioni fra l'Azienda e i suoi principali interlocutori istituzionali, Regione e Conferenza territoriale sociale e sanitaria.

Il bilancio di missione si configura come lo strumento attraverso il quale è periodicamente possibile per tali interlocutori verificare la graduale realizzazione degli obiettivi stabiliti nella rispettiva pianificazione.

La rappresentazione a consuntivo dei risultati istituzionali nell'ambito del bilancio di missione, diventa elemento da assumere a riferimento per la successiva fase di pianificazione e programmazione.

Destinatari

Tra i tanti possibili interlocutori interessati all'attività di un'Azienda sanitaria, il bilancio di missione individua come principali soggetti di riferimento:

- la Regione,
- le Conferenze territoriali sociali e sanitarie.

La Regione conferisce il mandato, assegna le risorse e deve garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA) ai cittadini; gli Enti locali hanno un ruolo di indirizzo e di verifica dei risultati ottenuti dalle Aziende.

Individuare nelle Conferenze e nella Regione i principali soggetti di riferimento non implica peraltro trascurare relazioni istituzionali di particolare rilevanza, quali quelle con i professionisti - responsabili del governo clinico aziendale - e con le formazioni sociali (organizzazioni sindacali, associazioni di volontariato, comitati misti, ecc.) in considerazione del loro ruolo a tutela dell'interesse generale.

Quindi pur essendo concepito per supportare le relazioni con i principali interlocutori istituzionali, il Bilancio di missione offre una serie di informazioni che consente ad una vasta platea di soggetti di poter conoscere l'attività istituzionale dell'azienda, anche in rapporto al suo contesto di riferimento ed alle sue condizioni economiche, finanziarie e patrimoniali.



Struttura del documento

La struttura del documento elaborato presenta un'articolazione in sette sezioni, precedute dalla Presentazione e seguite dalle Conclusioni del Direttore Generale. La struttura del documento è dunque la seguente:

Presentazione del Direttore Generale

- 1.** Contesto di Riferimento
- 2.** Profilo Aziendale
- 3.** Obiettivi istituzionali e strategie aziendali
- 4.** Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione
- 5.** Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione
- 6.** Ricerca ed innovazione
- 7.** Obiettivi specifici di particolare rilevanza

Conclusioni del Direttore Generale

Ogni sezione è articolata in paragrafi, secondo uno schema di contenuti ed indicatori di minima definiti a livello regionale e omogenei tra tutte le aziende sanitarie. I dati presentati si riferiscono sempre ad una serie storica almeno triennale.

Contesto di Riferimento

Il contesto di riferimento costituisce lo sfondo sul quale l'Azienda agisce. Esso è articolato nei contenuti dei seguenti paragrafi:

- quadro normativo esistente;
- le caratteristiche del bacino d'utenza e le condizioni epidemiologiche;
- accordi di fornitura con USL;
- la rete integrata dell'offerta regionale;
- Il sistema delle relazioni con l'Università.

In questo capitolo è stata sviluppata l'analisi del quadro istituzionale entro il quale l'azienda, nell'anno 2006, si è trovata ad operare, con particolare rilievo ai cambiamenti capaci di incidere potenzialmente sulla organizzazione e sul funzionamento dell'azienda stessa; il quadro epidemiologico del territorio e le caratteristiche dei bacini di utenza, ossia lo studio della frequenza,



della distribuzione e dei determinanti di salute e malattia nella popolazione residente; i contenuti sostanziali dell'accordo di fornitura sottoscritto con l'azienda USL di Reggio Emilia, nell'ambito della funzione di committenza; il ruolo che l'azienda ospedaliera riveste nell'ambito della rete integrata dell'offerta regionale ed il sistema di rapporti che intrattiene con altri presidi ospedalieri pubblici e privati; il quadro delle relazioni intercorrenti con gli Atenei, sia con riferimento all'attività assistenziale di supporto alle funzioni istituzionali dell'università, sia con riferimento all'organizzazione delle funzioni di didattica e di ricerca, secondo gli accordi applicativi sottoscritti in ambito locale.



Profilo Aziendale

Questa sezione del documento è volta a tratteggiare alcuni caratteri e specificità che contraddistinguono l'Azienda nel sistema regionale. L'obiettivo informativo specifico è quello di fornire una sorta di carta d'identità dell'Azienda, che consenta di delinearne i principali tratti utili alla conoscenza e interpretazione della specifica situazione aziendale. In altri termini, la sezione qui presentata offre una serie di informazioni sul passato e sul presente dell'Azienda e tali informazioni sintetizzano l'effetto indotto da decisioni pregresse su alcuni aspetti ritenuti particolarmente rilevanti non solo per valutare lo stato dell'Azienda, ma anche per cogliere le tendenze evolutive in atto e per leggere e apprezzare le informazioni contenute nella terza sezione in relazione alle scelte strategiche che stanno incidendo/incideranno sul divenire dell'Azienda stessa.

A tale scopo sono stati selezionati i seguenti aspetti:

- sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale;
- impatto sul contesto territoriale;
- contributo dell'azienda alla copertura dei livelli essenziali di assistenza;
- assetto organizzativo.

In tal modo si è cercato di tratteggiare il profilo dell'Azienda in relazione ad una pluralità di dimensioni che vincolano/caratterizzano l'azione aziendale nel perseguimento dei propri obiettivi, cercando di offrire una rappresentazione dell'Azienda sotto l'ottica econo-

mico-finanziaria e sotto quella dell'attività istituzionale. In particolare:

La sostenibilità economica viene in larga parte rappresentata attraverso indici volti a:

- apprezzare le cause gestionali che hanno portato a un dato risultato economico di periodo;
- valutare il grado di incidenza dei costi connessi con l'utilizzo dei principali fattori produttivi sulle risorse che l'Azienda è stata in grado di trattenere/acquisire per alimentare i propri processi produttivi;
- investigare la composizione dei costi caratteristici aziendali.

La sostenibilità finanziaria viene invece indagata attraverso:

- una rappresentazione opportunamente condensata delle entrate e delle uscite di mezzi monetari intervenuti nel periodo;
- indici atti a esprimere la durata media (tempi medi di pagamento) dei debiti verso i fornitori.

La sostenibilità patrimoniale viene infine indagata attraverso:

- una rappresentazione grafica dello stato patrimoniale, idonea a evidenziare la struttura degli investimenti e dei finanziamenti aziendali, nonché alcune relazioni fra questi intercorrenti;
- indici e valori volti a informare sulle dinamiche di investimento in atto, con particolare riferimento ai tassi di rinnovamento degli investimenti e al grado di obsolescenza degli stessi.

L'impatto sul contesto territoriale è esplorato attraverso alcuni aspetti ritenuti di particolare rilievo ai fini esterni e precisamente:

- **impatto economico:** viene espresso attraverso alcune informazioni volte a delineare il contributo che l'Azienda sanitaria offre all'economia del territorio in termini occupazionali e di risorse economico-finanziarie erogate;
- **impatto sociale:** si cerca di cogliere il riconoscimento della funzione sociale svolta dall'Azienda sanitaria attraverso i segnali di ritorno trasmessi dalla comunità, come ad esempio l'ammontare di donazioni, lasciti e contributi ricevuti dall'Azienda stessa su iniziativa di cittadini, fondazioni di origine bancaria e altri soggetti oltre alla ricca rete di volontariato e partecipazione sociale che in ogni territorio si mobilita intorno ai servizi sanitari;
- **impatto culturale:** si è teso ad illustrare gli interventi realizzati e le iniziative promosse dall'Azienda, sia direttamente che in collaborazione con altri soggetti, per la conservazione, fruizione, valorizzazione del proprio patrimonio storico, artistico e culturale.

Il contributo dell'azienda alla copertura dei livelli essenziali di assistenza: con l'individuazione dei livelli essenziali di assistenza, la legislazione nazionale e regionale si è proposta di definire operativamente il contenuto dell'assistenza posta a carico dello Stato da garantire uniformemente su tutto il territorio.



I LEA connotano di fatto il diritto esigibile da parte del cittadino nei confronti del Sistema sanitario nazionale. In questa parte del documento si intende cogliere il contributo dell'Azienda in relazione alle tre aree di offerta in cui si declina il contenuto assistenziale del Servizio sanitario nazionale, nell'erogazione di prestazioni e servizi:

- **assistenza collettiva** in ambiente di vita e di lavoro, il cui tema di sviluppo è il contributo dell'azienda ospedaliera allo sviluppo dei programmi regionali di screening;
- **assistenza specialistica ambulatoriale**: analizzata in termini di volumi produttivi, tempi di attesa e attività di governo clinico sui consumi di specialistica;
- **assistenza ospedaliera**: viene rappresentato il contributo dell'azienda ospedaliera alla dotazione provinciale di posti letto e viene illustrata l'attività di ricovero sia attraverso indicatori di produzione che di qualità.

L'assetto organizzativo: in questa parte della sezione è tratteggiato il profilo aziendale con alcuni dati salienti sulle strutture e sugli organici, sull'organizzazione dell'attività didattica e sul rilievo dell'attività di ricerca (che si completa successivamente con le informazioni contenute nella sezione specifica).

In particolare:

- **Assetto organizzativo**: viene tratteggiato il modello organizzativo dell'Azienda secondo i Dipartimenti, disegnata la mappa delle sue strutture e forniti, per ciascuna di esse, i dati di maggiore rilievo relativi al personale ed ai posti letto assegnati.
- **Attività didattica e di ricerca**: sono illustrati gli aspetti più rilevanti delle attività concernenti la ricerca e la didattica, al fine di cogliere le caratteristiche peculiari del profilo aziendale sotto questi particolari tratti. Vengono forniti dati sull'organizzazione dell'attività didattica dei corsi di laurea per le professioni sanitarie, in termini di numero di studenti iscritti e frequentanti, numero di tutor e ore di docenza; i dati relativi all'attività di ricerca fanno riferimento ai dottorati ed ai progetti di ricerca attivati.



Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Questa terza sezione del bilancio, finalizzata a esplicitare i principali obiettivi attraverso i quali l'Azienda interpreta i suoi doveri istituzionali e concorre al perseguimento delle finalità del SSR, si può dire costituisca il cuore del documento. I contenuti informativi di questa parte del documento sono finalizzati a rappresentare le iniziative intraprese dall'azienda in relazione a:

- **trasparenza e partecipazione**, per favorire la valutazione dei servizi e la partecipazione alle scelte assistenziali dei cittadini, degli utenti e delle loro organizzazioni;
- **partecipazione degli Enti locali**, alla programmazione delle attività e alla verifica dei risultati di salute, secondo il ruolo ad essi assegnato nell'ordinamento regionale di attuazione del Titolo V della Costituzione;
- **universalità ed equità di accesso**, in relazione a quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza e alla portabilità dei diritti;
- **qualità ed efficienza**, come dovere di ciascuna Azienda e del Sistema sanitario regionale nel suo complesso di offrire prestazioni e servizi di elevata qualità tecnica, professionale e relazionale, nel rispetto dell'utilizzo razionale delle risorse;
- **integrazione** fra le funzioni assistenziali proprie del SSR e le funzioni di didattiche e di ricerca proprie delle Università.

Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

La quarta sezione del documento è volta a illustrare





le scelte aziendali per la valorizzazione delle competenze del personale. Preliminarmente alle informazioni utili a cogliere i tratti delle politiche aziendali per la valorizzazione delle professionalità interne, l'azienda fornisce dati ed elementi atti a delineare la "carta di identità" del personale di cui essa si avvale.

La valorizzazione delle competenze professionali viene declinata attraverso lo sviluppo dei seguenti temi:

- partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa;
- gestione del rischio e sicurezza;
- ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali;
- sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti;
- formazione;
- sistema informativo del personale;
- struttura delle relazioni con il personale e con le sue rappresentanze.

Nello sviluppo della sezione, gli argomenti connessi ai punti sopra indicati, ancorché illustrati con modalità descrittive, sono supportati, ogni qual volta risulti possibile, anche con dati e parametri di tipo quantitativo.

Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

Questa sezione del documento è finalizzata a illustrare gli interventi realizzati e le azioni intraprese dall'Azienda per potenziare o qualificare il sistema delle relazioni e gli strumenti di comunicazione sia con i soggetti interni sia coi soggetti esterni ad essa (utenti, cittadini, loro rappresentanze sociali e istituzionali).

A tale proposito, sono stati individuati tre distinti ambiti e precisamente:

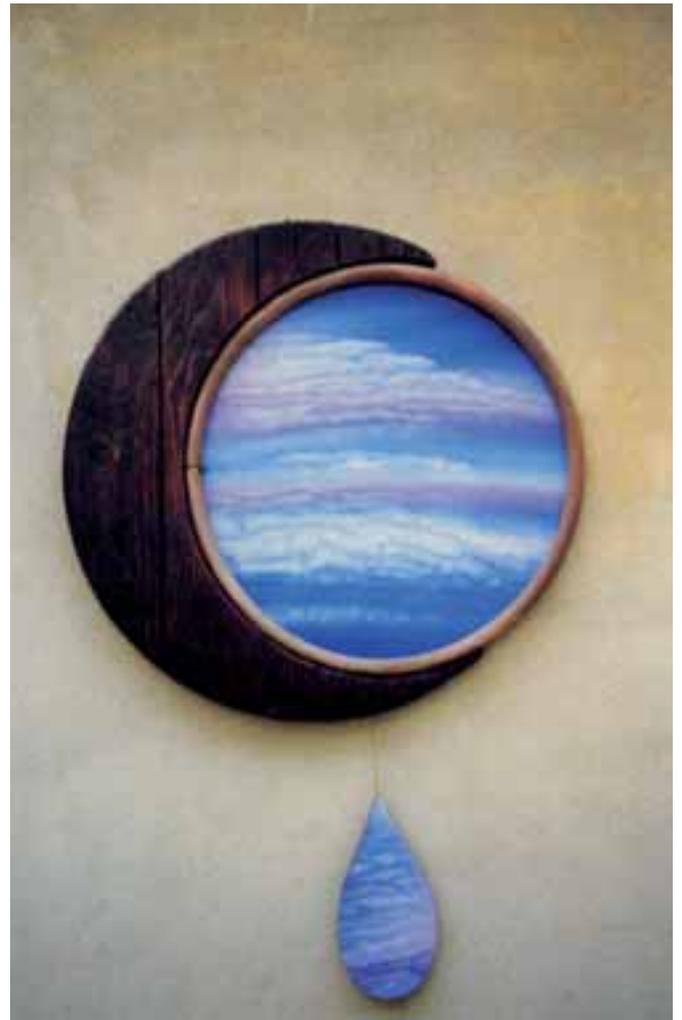
- la comunicazione per l'accesso ai servizi;
- la comunicazione per le scelte di interesse della comunità;
- la comunicazione interna aziendale.

Ognuno di questi ambiti si riferisce a un particolare contesto comunicazionale, caratterizzato da specifiche finalità. In particolare il primo ambito di comunicazione è finalizzato a mettere i cittadini in grado di utilizzare al meglio le opportunità esistenti e di far conoscere le informazioni essenziali sui problemi di salute.

Esso persegue gli obiettivi di orientare i cittadini nell'uso dei servizi sanitari, spiegando i diritti, descrivendo le procedure, accogliendo le osservazioni critiche.

Il secondo ambito di comunicazione è finalizzato a descrivere situazioni, impegni, problemi, a orientare scelte e a definire azioni di tutela della salute e di politica sanitaria di interesse per l'intera comunità.

Nel terzo ambito l'Azienda descrive le principali ini-



ziative e i connessi strumenti volti a migliorare il sistema delle relazioni interne.

Ricerca e innovazione

Nessuno oggi mette in dubbio che la partecipazione attiva ad attività di ricerca e innovazione costituiscano condizione necessaria perché i servizi sanitari possano assolvere compiutamente la propria missione.

Il tipo di ricerca di cui deve essere capace il Servizio sanitario riguarda soprattutto il sapere accogliere in modo tempestivo, efficace e compatibile le innovazioni che la ricerca propone, contribuendo - laddove possibile - a orientarne le applicazioni verso i bisogni assistenziali prioritari.

Da qui nasce la consapevolezza per i servizi sanitari di dover investire sul terreno dell'innovazione, soprattutto attraverso l'avvio di programmi di ricerca/intervento mirati a verificare le criticità sul piano dell'efficacia clinica, delle implicazioni organizzative e delle necessità formative che possono condizionarne la piena utilizzazione.

Le informazioni che l'Azienda ospedaliera illustra in



questa sezione del documento, riguardano le azioni promosse per l'esercizio di una piena responsabilità da parte del sistema sanitario pubblico nel campo del governo della ricerca, e in particolare per:

- la promozione delle attività attraverso l'individuazione degli strumenti più idonei a spingere le articolazioni operative aziendali a impegnarsi nella progettazione e realizzazione di progetti di ricerca;
- il miglioramento della capacità di partecipare alla ricerca in un modo qualitativamente adeguato favorendo momenti di formazione e discussione specifica su temi-chiave di interesse prioritario per la erogazione di prestazioni di buona qualità;
- l'impegno diretto nell'acquisizione di capacità di attrazione di finanziamenti per la ricerca;
- il miglioramento dell'integrazione tra direzione strategica e comitato etico aziendale per il monitoraggio continuo della eticità delle attività di ricerca e di sperimentazione clinica.

In concreto, ai fini dello sviluppo di questa sezione sono stati individuati i seguenti ambiti per la descrizione delle principali azioni attivate dall'Azienda:

- creazione della infrastruttura locale per la Ricerca e l'Innovazione;
- sviluppo di un ambiente culturale favorevole;
- garanzie di trasparenza.

Obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale

La settima e ultima sezione del documento è volta a fornire informazioni sull'attività istituzionale svolta per il perseguimento di obiettivi specifici e di particolare rilevanza, locale o regionale.

Conclusioni

Il Bilancio di Missione, data la dimensione, la complessità e la trasversalità dei temi sviluppati ha visto il coinvolgimento, l'impegno ed il contributo fattivo di tutte le strutture amministrative e sanitarie centrali, in particolare la Direzione Medica di Presidio, la Direzione

ne Infermieristica, Tecnica e Ostetrica, l'Ufficio Statistica ed Epidemiologia Clinica, il Servizio Formazione Innovazione Clinica e Biblioteca, il Servizio Gestione del Personale, il Servizio Bilancio, il Servizio Affari Istituzionali, Legali e Comunicazione, il Servizio Prevenzione e Protezione oltre che del Servizio Controllo di Gestione.

Il progetto grafico ha visto il contributo prezioso e fondamentale dell'Ufficio Comunicazione.

Credo che questa nuova esperienza non si sia esaurita solo in un compito di rendicontazione istituzionale, ma possa produrre effetti "in itinere" sulla gestione dei sistemi sanitari, in quanto si inserisce nell'ambito del sistema informativo e del controllo direzionale, inducendo a ripensare le logiche e gli strumenti fino ad ora utilizzati per muovere i processi di pianificazione, programmazione e controllo.

La concentrazione in un unico momento valutativo, delle molteplici attività di rendicontazione fino ad oggi esercitate separatamente, secondo diverse finalità e con diversi gradi di dettaglio informativo, unitamente alla esplorazione di ambiti di valutazione ancora inediti, pone la Direzione Aziendale, il corpo professionale e le istituzioni locali di fronte ad una realtà strutturale ed operativa "fotografata" in tutta la sua estensione e complessità, che mette in luce ricchezze di iniziative, eccellenze nei risultati raggiunti, ma anche elementi di criticità.

Il prodotto di tale lavoro è comunque da considerarsi ancora sperimentale per la nostra azienda e come tale manifesta alcune incompletezze e disomogeneità espositive tra le diverse parti che lo compongono. La diffusione e soprattutto l'utilizzo che confidiamo ne verrà fatto, sia all'interno che all'esterno dell'organizzazione sanitaria saranno quindi occasioni utili per raccogliere suggerimenti e analisi critiche sui contenuti e sulla forma espositiva

Il documento completo è accessibile e scaricabile sia sulla INTRANET che sul sito INTERNET della nostra azienda

Elena Costa

Direttore Servizio Controllo di Gestione e Marketing

Le opere riprodotte nel Bilancio di Missione e riprese in questo articolo sono state gentilmente donate dal Circolo degli Artisti di Reggio Emilia al S. Maria Nuova



O.R.I.A. L'OSSERVATORIO PER LA RICERCA ED INNOVAZIONE AZIENDALE

Una funzione strategica nel nuovo
atto aziendale

*La scienza è sempre imperfetta.
Ogni volta che risolve un problema, ne crea almeno dieci nuovi.*
George Bernard Shaw

O.R.I.A.



L'Osservatorio Ricerca e Innovazione Aziendale è stato istituito nell'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova di Reggio Emilia nel marzo 2006 sulla scia del PRIER, Progetto Ricerca e Innovazione Emilia Romagna, che pochi mesi prima aveva terminato la sua prima azione, quella del censimento delle attività di ricerca e innovazione in tutte le Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione. La legge regionale 29/04 ha sancito, nel definire il mandato delle Aziende Sanitarie, che alle funzioni assistenziali, dalla prevenzione alla riabilitazione, si devono associare quelle della formazione permanente e della ricerca traslazionale.

In un contesto caratterizzato da continue spinte al cambiamento che si esprimono sia nell'ambito della ricerca clinica che in quello dell'innovazione tecnologica, l'Osservatorio si propone come:

- un punto di osservazione delle attività di ricerca esistenti, nelle varie articolazioni aziendali;
- una funzione strategica di promozione delle nuove attività di miglioramento organizzativo, tecnologico e prestazionale.

L'acronimo dell'osservatorio, O.R.I.A., richiama il latino ORIOR, "NASCERE, SORGERE", che si adatta perfettamente allo scopo principale dell'Osservatorio, che è proprio quello di essere presente dove "nasce" qualcosa di nuovo, dove sorge o è già attivo un gruppo di ricerca, dove si inizia con entusiasmo ad applicare una nuova metodica, una nuova tecnologia, e/o dove si impiegano in modo innovativo risorse già disponibili.

Obiettivo dichiarato di ORIA è far emergere i "giacimenti" non solo di ricerca propriamente detta, ma anche solo di disponibilità a mettersi in discussione, a valutare criticamente il proprio operare quotidiano.

Una delle prime idee discusse al tavolo del Gruppo O.R.I.A. infatti ha riguardato proprio il progetto di un percorso di accompagnamento dei professionisti della



nostra Azienda alle "VIE DELLA RICERCA", ipotesi di formazione alle motivazioni che portano un professionista del SSR a porsi un dubbio clinico, a trasformarlo in un obiettivo di ricerca ed a tradurlo in un ipotesi di ricerca sul campo. Il 5 marzo 2007 è stato approvato il nuovo Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova; nell'Area delle attività sanitarie dedicate alla Formazione, Innovazione Clinica e Biblioteca è stato riconosciuto il ruolo di settore ad O.R.I.A. La composizione del gruppo, determinata inizialmente dall'arruolamento di competenze professionali in tema di EBM, CEU, Biostatistica, Informaton Literacy Biomedica, relazioni professionali con il Comitato Etico, con il Servizio Infermieristico e Tecnico, si è arricchita con la Rete per l'Innovazione e la Ricerca, i cui componenti sono ora parte integrante di O.R.I.A. Ogni dipartimento ha nominato i Referenti per l'Innovazione e la Ricerca, che hanno la funzione di ricognizione e raccordo per le iniziative di innovazione e ricerca che devono essere portate ad evidenza aziendale o che devono essere importate nel dipartimento, al fine di migliorare o far generare iniziative di miglioramento o ricerca. Nel corso del 2007 si è avuta un'ulteriore incentivazione alle attività di O.R.I.A. perché le Aziende Sanitarie e Ospedaliere sono state chiamate dall'Assessorato alla Salute ed alle Politiche Sociali regionale a redigere il Bilancio di Missione, che raccoglie quanto di immateriale ed intangibile è stato concretizzato nelle varie realtà, comprendendo nel novero anche le attività di ricerca, didattica e integrazione tra formazione e ricerca. Nel primo semestre del 2007 è stato avviato anche il protocollo d'intesa per la ricerca universitaria nella Regione Emilia Romagna che ha previsto un forte coinvolgimento delle Aziende Sanitarie come sedi collegate alle universitarie nel proporre progetti di ricerca nelle tre aree tematiche previste dal bando 2007. In questi mesi, negli incontri periodici di O.R.I.A., previsti ogni primo mercoledì del mese, si sta analizzando quanto i referenti dipartimentali riportano sulle attività effettuate nelle Strutture Semplici e Complesse comprese nei nuovi Dipartimenti. Le attività di innovazione e ricerca risentono della vocazione delle singole realtà, degli investimenti tecnologici realizzati e delle modalità con cui vengono sistematizzate le casistiche cliniche. In parallelo la letteratura scientifica prodotta segue lo stesso andamento con notevole produzione di letteratura grigia (abstracts, relazioni, poster, pubblicazioni su riviste non indicizzate), mentre le pubblicazioni su riviste con impact factor sono ad alcuni gruppi professionali. La futura collocazione di O.R.I.A. è senza dubbio nell'ambito del "Governo dell'innovazione", inteso come capacità di armonizzare la spinta all'innovazione, valutando l'impatto delle tecnologie innovative e la compatibilità di queste ultime con le risorse economiche.

Affrontare il tema della innovazione significa anche attrezzarsi per essere in grado di prevedere gli scenari futuri, in cui dovremo prepararci, come si sta già effet-

tuando in alcuni settori, a saper valorizzare quanto si sta già facendo, ma in modo più condiviso e strutturato, arrivando alcune volte al recupero di quanto si è considerato obsoleto in una nuova visione di rivalorizzazione, o, come si dice in ambito informatico di riuso.

Questo implica che la Direzione Strategica Aziendale dovrà fornire linee di indirizzo per l'innovazione e la ricerca traslazionale nei piani di programmazione e budgeting annuale; per questo sarà sempre più determinante la capacità di acquisire informazioni sulle tecnologie emergenti, non soltanto attraverso i mezzi di informazione e comunicazione oggi disponibili (il web, prima di tutto), ma anche attraverso la costruzione delle necessarie relazioni tra il SSR ed altri interlocutori, quali l'industria del settore biomedicale ed altre agenzie regionali, nazionali ed internazionali per realizzare politiche di technology assessment e di valutazione dell'impatto clinico dei progetti di ricerca completati.

Componenti gruppo ORIA al 31 maggio 2007:

Staff ORIA

Comitato Etico: prof. Italo Portioli, dott.ssa Teresa Coppola

Ufficio Statistica ed Epidemiologia: dott.ssa Debora Formisano

Gruppi EBM-EBN: dott. Roberto Baricchi, I.P. Patrizia Copelli

Gruppo CEU (interaziendale): dott. Enrico Violi

D.Operativa: dott.ssa Elisa Mazzini

D.I.T.O.: D.A.I. Monica Guberti, I.P.C.S. R. Caroli

S.F.I.B.: dott. Salvatore de Franco, dott.ssa Rita Iori, dott.ssa Annarita Guglielmi

Rete dipartimentale - area

Dip. Oncoematologico dott. Luigi Gugliotta

Dip. Diagnostica per Immagini dott. Giulio Zuccoli

Dip. Medicina di laboratorio dott. Davide Nicoli

Dip. Chirurgico dott. Andrea Frasoldati

Dip. Cardio Toraco Vascolare Area Critica dott. Salvatore de Franco, D.A.I. Monica Guberti

Dip. Neuromotorio dott. Giulio Pioli - C.I. GM Fantuzzi

Dip. Medicina dott. Angelo Ghirarduzzi

Dip. Emergenza Urgenza dott. Stefano De Pietri

Dip. Materno Infantile dott. Andrea Gallinelli

Area Tecnologie Biomediche e Scientifiche dott. Giovanni Borasi

Area amministrativa Francesca Orlando

E' invitato permanente il dott. A. Chiarenza, responsabile del settore Ricerca dell'Azienda U.S.L. di Reggio Emilia.

Segreteria ORIA

Dott.ssa Francesca Zuelli

Servizio Formazione Innovazione clinica e Biblioteca

Salvatore De Franco, Francesca Zuelli

Coordinamento e Segreteria
Osservatorio Ricerca e Innovazione Aziendale



LA VALUTAZIONE PER DAR VALORE AL METODO ED AL MERITO

Rapporto finale sul gradimento della formazione offerta ai dipendenti dell'azienda S. Maria Nuova nel corso del 2006

PREMESSA

La chiusura del quinquennio sperimentale del programma Nazionale per la Formazione Continua in Medicina offre la possibilità di analizzare alcuni degli obiettivi che si prefiggeva il programma stesso.

A livello nazionale viene richiesta al provider organizzatore dell'evento, la periodica e sistematica attività di verifica e di acquisizione della documentazione relativa alle attività di formazione continua svolte dai professionisti.

Le procedure per lo svolgimento degli eventi formativi indicate sia nel livello nazionale che regionale, prevedono la formulazione, la compilazione e quindi il monitoraggio attraverso un questionario standard del gradimento dei singoli eventi formativi da parte dei discenti.

La premessa ispiratrice di questo questionario è stata quella di raccogliere dati forniti dai discenti su alcuni punti comuni allo sviluppo dei singoli progetti formativi, al fine di poter assumere decisioni sia sul metodo di sviluppo dell'evento sia nel merito dei contenuti, anche senza specifiche pesature dei discenti.

METODO

(CHECK UP – questionario informatizzato – versione lettura con scanner e pen drive)

Il metodo indicato a livello nazionale è stato quello di fornire da un minimo di 5 a 9 domande uguali per tutti gli eventi, alle quali il discente poteva rispondere scegliendo su quattro o cinque gradi di giudizio.

Ad ogni domanda ed al termine del questionario è prevista una possibilità di nota aggiuntiva di commento e la firma del discente.

La compilazione del questionario per il discente è obbligatoria ai fini dell'assegnazione dei crediti formativi, come peraltro è obbligatoria la presenza almeno al 90% della durata dell'evento e il superamento del test di apprendimento.

Il nostro servizio Formazione a partire dal 2006 per rispondere all'elevato numero di eventi formativi previsti e poi effettuati nel piano formativo annuale (PAF), si è dotato di un software (check up) che permette di: definire le domande e le relative risposte possibili creando la stampa del questionario, di raccogliere le risposte tramite scanner o pen drive, elaborare le statistiche, anche con grafici, ed avere immediatamente tutti i risultati che si desiderano, senza dipendere da alcuna agenzia specializzata.

I questionari di gradimento somministrati e compilati sono quindi sottoposti a lettura automatica tramite software.

Una volta elaborati tutti i questionari relativi a un evento formativo, viene inviato al responsabile dell'evento formativo (tramite mail) il report con le statistiche ed i grafici. Tale report diventa un ottimo strumento di miglioramento, poichè permette al responsabile del corso di adattare e ri-programmare le future edizioni a seconda delle valutazioni ed i commenti rilevati con il questionario.

Tutti i questionari degli eventi formativi del 2006, di tutti i dipartimenti clinici e servizi trasversali dell'Azienda, sono stati elaborati e hanno prodotto un report sulla va-



lutazione del gradimento dell'offerta formativa espresso dai partecipanti ai corsi organizzati dall'ASMN. Il rapporto finale che nasce da queste elaborazione diventa uno degli strumenti annuali di rendicontazione dell'azienda sulle attività di formazione realizzate nell'anno in corso.

RISULTATI

Il Servizio Formazione, Innovazione Clinica e Biblioteca dell'Azienda S. Maria Nuova nel corso del 2006 ha prodotto come provider 733 eventi formativi (interni ed esterni).

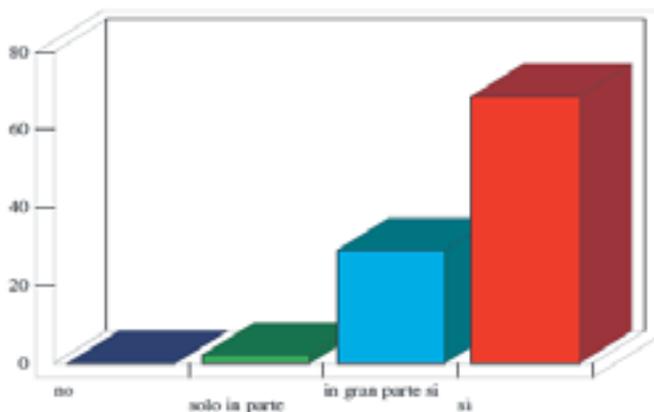
Non per tutti sono pervenuti i questionari di gradimento, in quanto una parte di questi eventi formativi rientrano nella tipologia della formazione sul campo che non prevede la compilazione della scheda di gradimento. Per valutare il gradimento è stato predisposto un questionario che contiene 9 domande.

Nel 2006 sono stati raccolti complessivamente 3445 questionari di gradimento; l'elaborazione complessiva ha evidenziato per le singole domande i risultati riportati di seguito.

Gli aspetti salienti valutati nel questionario sono i seguenti:

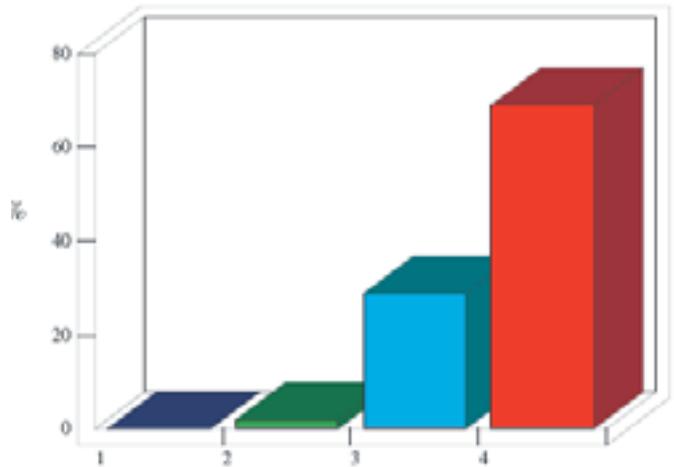
- Obiettivi del corso
- Attività di docenza
- Qualità ed efficacia

Gli obiettivi del corso erano definiti chiaramente?



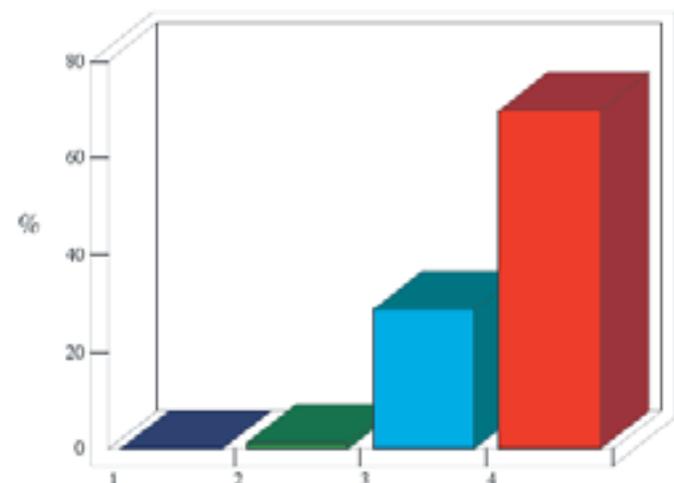
Complessivamente, i discenti hanno ritenuto che la definizione degli **obiettivi** sia stata chiara nel 68,7% dei corsi (con una variabilità tra i singoli dipartimenti che va dal 57% della Patologia Clinica a un 86,4% del DEU). Per quanto riguarda **l'attività di docenza**, questa è espressa in "attenzione del docente alle esigenze dei partecipanti", "chiarezza espositiva" e "utilità del materiale didattico".

Come valuta l'attenzione del docente alle esigenze dei principianti



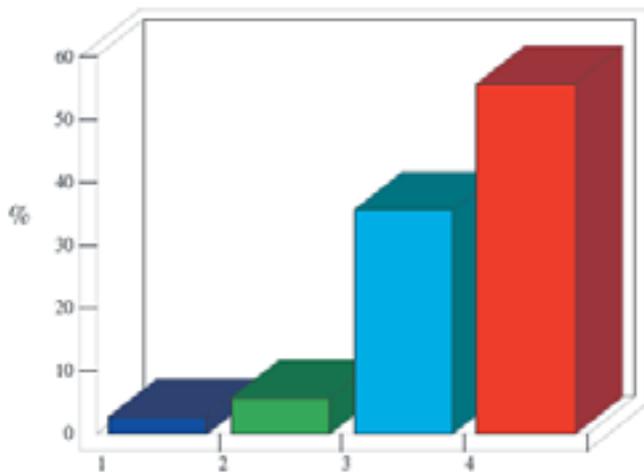
Il 98% dei rispondenti ha valutato in modo più che positivo l'attenzione del docente e la sua chiarezza espositiva (per queste due domande le valutazioni sono omogenee tra i dipartimenti/servizi).

Come valuta la chiarezza espositiva del/dei docente





**Come valuta la qualità educativa di
aggiornamento fornita da questo evento**

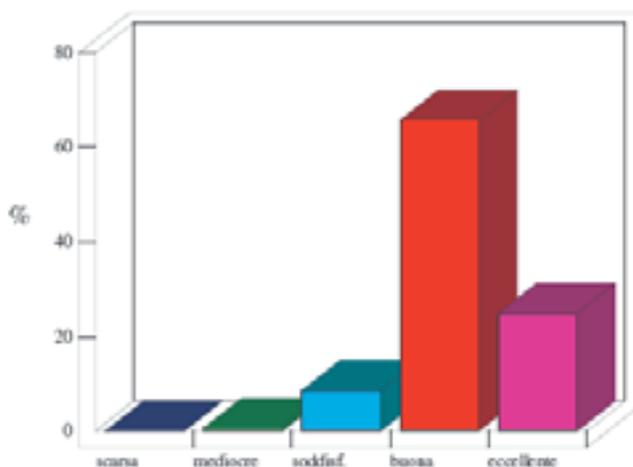


Lievemente più bassa è la valutazione riguardo all'utilità del materiale didattico (91%).

Per interpretare questo dato si deve evidenziare che negli eventi frontali spesso non viene consegnato materiale didattico e se viene fatto, viene fornito al momento dell'evento, più come traccia del percorso didattico che come studio preparatorio all'evento.

Si deve inoltre sottolineare che nello sviluppo del programma ECM si è favorita la modalità di formazione sul campo con gruppi di lavoro orientati alla clinica, dove non si può parlare di materiale didattico ma di vera e propria lettura e studio di dati clinici o bibliografici, spesso elettronici.

**Come valuta la efficacia dell'evento per la
sua formazione continua**



Anche se la valutazione complessiva è molto alta, analizzando i singoli risultati per dipartimento emerge che c'è una ampia variabilità che potrebbe essere spiegata o da una non utilità vera o dalla non consegna del materiale che lo "rende non utile per il discente".

La **qualità educativa e l'efficacia** degli eventi risultano più che buone, rispettivamente 90,6% e 79,1%.

Da questi dati emerge che la nostra Azienda eroga eventi formativi di buona qualità sempre nell'ottica del miglioramento continuo della programmazione e svolgimento dei corsi.

Per la qualità educativa un quarto dei rispondenti l'ha valutata eccellente e il 65,7% buona.

Questi risultati possono essere riferibili alla mancata pianificazione del piano formativo individuale e all'offerta formativa ampia, utile a raccogliere esigenze di molti più che a centrare i bisogni individuali, che vengono più frequentemente soddisfatti con la scelta di eventi formativi esterni.

L'efficacia dell'evento è risultata la domanda con maggior percentuale di giudizio intermedio, a conferma della necessità di una migliore pianificazione degli obiettivi formativi individuali nel programma personale di formazione continua.

L'importanza della lettura dei questionari di gradimento diviene interessante quando si giunge alla 9, che cerca di cogliere una previsione di impatto dei contenuti formativi sul fare quotidiano, visto che la risposta è richiesta immediatamente dopo il termine dell'evento; si evidenzia solo un 50% delle risposte intravede una ricaduta sul fare quotidiano nei reparti clinici, mentre per i reparti di area critica e tecnologici sono al di sopra del 50%.

Questo dato può essere il risultato della modalità programmatoria degli eventi formativi rispetto alla modalità di rilevazione, sviluppo dei bisogni formativi stessi e modalità di realizzazione degli eventi.

L'area tecnologica e critica presenta obiettivi molto più definibili e concreti, quindi strutturabili, mentre le aree della clinica e dell'assistenza richiedono una pianificazione più minuziosa, investimenti formativi nell'area relazionali/comunicativi di più difficile impatto applicativo.

CONCLUSIONE E DISCUSSIONE

La valutazione del gradimento da parte dei discenti effettuata al termine dell'evento formativo ha presentato alcuni elementi positivi ma anche delle criticità generali e specifiche per ciascuna domanda.



Gli elementi positivi sono collegati alla compilazione e restituzione dei questionari di gradimento che rappresentano un momento di collaborazione e partecipazione da parte dei discenti con l'organizzazione/discente. La firma al questionario è stato un elemento critico poiché non ha permesso una valutazione oggettiva dell'evento stesso.

SVILUPPI FUTURI

Nella redazione dei questionari comprendenti le 9 domande si è dovuto scartare per ora la formulazione totalmente elettronica per il fatto, che a parte i corsi di informatica eseguiti nelle aule con PC, tutte le altre sedi di eventi formativi non consentono a fine evento l'accesso a PC.

La valutazione del gradimento degli eventi formativi effettuata dai discenti è un momento di arricchimento dei dati disponibili per un Servizio Formazione, che svolga anche il ruolo di provider.

La complessità della lettura delle numerosissime schede di ritorno è stata affrontata e risolta con l'adozione di una procedura di letture automatizzata, in questo modo i dati vengono ottenuti in tempo reale, senza dispendio di risorse umane, si dedica così più tempo alla interpretazione dei dati ricavati.

Durante l'estate 2007 è stato proposto alla Commissione Regionale l'adozione di una nuova versione del questionario di valutazione degli eventi formativi E.C.M., contenente domande più specifiche che permetteranno di ottenere valutazioni più analitiche e particolareggiate di ciascun evento formativo.

Si richiede inoltre alla Commissione Regionale l'eliminazione della firma all'interno del questionario, poiché questo consentirà di avere valutazioni e commenti meno "distorti", mettendo il discente in condizione di esprimere ciò che "veramente" pensa dell'evento formativo, in tutte le sue dimensioni.

Per il prossimo triennio si propone di proseguire nella valutazione del gradimento con la modalità del questionario immediatamente ex post, ma per alcuni eventi ed in alcune aree come quelle cliniche si può pensare, vista la semplificazione delle modalità di lettura a preannunciare l'invio di questionari ex post a 4 - 6 mesi al fine di aggiungere domande che valutino il reale impatto. Questo dato risulta rilevante ai fini della programmazione per poter decidere nella successiva offerta formativa se confermare l'evento o modificarlo.

Il lavoro presentato ha offerto la dimostrazione che nel

fare formazione si adottano metodi di semplificazione, miglioramento e valorizzazione delle procedure.

Questo però sarebbe parte del risultato se non si evidenziasse che la disponibilità dei dati in tempo utile, permette di entrare nel merito dei contenuti e della programmazione evitando la riproposta di eventi inefficaci ed il dispendio di tempo e risorse, in interventi che oltre ad essere inutili demotivano i partecipanti e tolgono opportunità di sviluppo formativo.

La commissione paritetica nell'ultimo incontro del 29 maggio 2007 ha messo in evidenza l'esigenza di passare ad un sistema rivolto al miglioramento della qualità dell'offerta formativa, delle organizzazioni responsabili della programmazione, realizzazione e valutazione dei processi di formazione continua e delle loro relazioni.

Il servizio Formazione, Innovazione Clinica e Biblioteca per rispondere a questa nuova esigenza nel 2007 ha proceduto con la rilevazione dei fabbisogni formativi del personale sanitario appartenente all'Arcispedale Santa Maria Nuova, ha elaborato un sistema di query relativo a dati ECM dei singoli dipendenti e per ultimo, ma non per importanza, all'elaborazione dei questionari di gradimento.

Questo dimostra che si sta andando verso una VALUTAZIONE rivolta al miglioramento della qualità e dell'efficienza dell'offerta formativa prodotta dall'ASMN come provider di formazione. Si ringrazia in modo particolare la Sig.ra Daria Boiardi, la data entry del Servizio Formazione, che ha inserito e elaborato tutti i questionari.

Chiara Beggi

Servizio Formazione,
Innovazione Clinica e Biblioteca

Debora Formisano

Ufficio Epidemiologia e Statistica

Salvatore De Franco

Responsabile Servizio Formazione,
Innovazione Clinica e Biblioteca



CARTELLA CLINICA COMPUTERIZZATA: LA SPERIMENTAZIONE DELLA RIANIMAZIONE



La Coordinatrice ed alcune infermiere con il prototipo della cartella.

Dal 1 marzo 2007 la Rianimazione sperimenta una cartella clinica computerizzata.

La foto 1 mostra una videata della cartella clinica computerizzata in sperimentazione in questi mesi presso la Rianimazione del S. Maria Nuova.

È il frutto della collaborazione iniziata nel 2004 tra un gruppo di medici ed infermieri di Terapie Intensive per adulti e pediatriche ed un gruppo di epidemiologi ed

informatici del Laboratorio di Epidemiologia Clinica dell'Istituto Mario Negri (sede di Ranica, BG).

Un progetto ambizioso, vista la complessità dei pazienti di Terapia Intensiva!

Il programma è attualmente in grado di raccogliere l'esame obiettivo (vedi foto 2), il diario (vedi foto 3), la prescrizione e la somministrazione della terapia (vedi foto 4).



Foto 1

E' previsto un unico diario (a compilazione sia medica che infermieristica), perché il diario è della storia clinica del paziente, non delle figure sanitarie che lo hanno in cura.

A breve sarà completato dal modulo per la registrazione dei parametri vitali e per il bilancio.

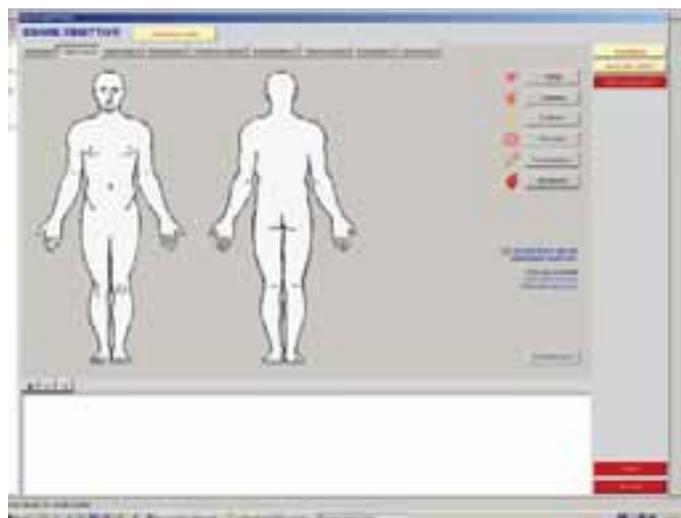


Foto 2

Gli obiettivi sono:

- miglior qualità e chiarezza della documentazione;
- eliminare gli errori legati alla trascrizione;
- migliorare lo scambio di informazioni tra medici, medici ed infermieri, e tra infermieri;
- attribuire trasparentemente le responsabilità;
- gestire in modo automatizzato alcune pratiche assistenziali;
- impiegare quotidianamente una cartella clinica "intelligente" dotata di raffinati ausili alla diagnosi ed alla impostazione della terapia;
- creare uno strumento che avvisi i sanitari di potenziali problemi o di situazioni a rischio, in particolare nel campo della associazione di farmaci.



Foto 3

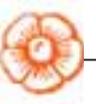
Ogni click diventa un dato: la prevalenza di campi obbligati, consente la raccolta di migliaia di dati utilizzabili per ricerche in vari versanti: prescrizione per tipologie di malattie, prescrizioni di antibiotici, politiche del farmaco, analisi dei processi assistenziali. Le ricerche potranno svilupparsi sia entro la singola Rianimazione che tra le Rianimazioni, permettendo così un'opera di confronto e di stimolo al miglioramento continuo della qualità dei processi di cura. Particolare attenzione è stata posta al rispetto delle norme sulla privacy.



Foto 4

La cartella clinica computerizzata ha già avuto un primo riconoscimento formale dalle Regioni Lombardia, Toscana, Veneto e Piemonte e dal Ministero della Salute, che hanno finanziato la fase iniziale del progetto riconoscendolo tra i Progetti di Ricerca Finalizzata.

Walter Bottari
Rianimazione



LINFOCARE 2007 - 2011

EVOLUZIONE DI UN PROGETTO DI COLLABORAZIONE PER LA LOTTA AI LINFOMI



Ogni anno il day hospital ematologico dell'Arcispedale Santa Maria Nuova accoglie

circa 100 nuovi casi di linfoma, un numero di pazienti dal forte impatto sociale, non solo in termini numerici ma anche per la presenza di persone in giovane età.

Dal 2002 al 2006 la Fondazione Giulia Maramotti, con una donazione di 250mila euro al Gruppo Amici Dell'Ematologia (GRADE), ha permesso di attivare sul territorio reggiano il Progetto Linfomi finalizzato alla formazione dei professionisti coinvolti nella diagnosi e nella cura dei linfomi ed alla partecipazione a progetti di ricerca clinica.

Il linfoma è un tumore che prende origine dal tessuto linfatico che, diffuso in tutto il corpo, svolge una fondamentale funzione di difesa dell'organismo da agenti estranei (batteri, virus ecc). Le cause dei linfomi sono, nella maggioranza dei casi sconosciute; questo rende molto importante ampliare le possibilità di ricerca.

Il Progetto Linfomi ha raggiunto, nel corso dei cinque anni, gli obiettivi fissati inizialmente attraverso lo svolgimento di diverse attività, tra le quali:

- la formazione specialistica attraverso stages negli Stati Uniti di un medico ematologo, di un anatomo-patologo, di un radioterapista e di un fisico sanitario;
- l'organizzazione di incontri interdisciplinari con cadenza quindicinale in cui discutere tutti i nuovi casi di linfoma diagnosticati al S. Maria Nuova;

- l'organizzazione annuale di convegni monotematici di interesse nazionale;
- la promozione di incontri annuali sul territorio nazionale di patologi italiani interessati ai linfomi;
- la partecipazione degli operatori a congressi sui linfomi;
- l'attivazione di un proficuo rapporto di consulenza clinica con l'MD Anderson Cancer Center di Houston.

A queste attività vanno aggiunte quelle legate alla partecipazione a progetti di ricerca clinica, prevalentemente nell'ambito del GISL (Gruppo Italiano per lo Studio dei Linfomi) e dell'ILL (Intergruppo Italiano Linfomi).

Queste collaborazioni hanno permesso di arrivare alla pubblicazione di numerosi articoli su riviste internazionali di ematologia e oncologia, nei quali era presente tra gli autori almeno un medico dell'ematologia del Santa Maria Nuova di Reggio.





LINFOCARE 2007 - 2011 EVOLUZIONE DI UN PROGETTO DI COLLABORAZIONE PER LA LOTTA AI LINFOMI



È proprio sulla base dei risultati raggiunti che il progetto, rinominato Linfocare, cambia veste, ampliando le proprie ambizioni, grazie all'impegno importante della Fondazione Giulia Maramotti per gli anni 2007-2011, con l'obiettivo di consolidare l'attività di diagnosi e cura dei linfomi e delle altre malattie linfoproliferative.

Queste le priorità:

- la definizione di un percorso diagnostico unitario per i pazienti colpiti da patologie del linfonodo che abbia finalità di screening;
- il costante aggiornamento dei percorsi diagnostico-terapeutici per i pazienti affetti da linfoma basato sulle più moderne conoscenze cliniche e patologiche;
- la creazione di una "tissue bank", cioè la raccolta e la conservazione del tessuto, del DNA, dell'RNA e delle proteine prodotte dalla neoplasia. Senza dubbio la capacità di raccolta e conservazione rappresenta una possibilità in più di sviluppare approcci terapeutici sempre più mirati e sempre più efficaci;
- il monitoraggio sistematico della epidemiologia dei linfomi e dell'efficacia degli interventi diagnostico-terapeutici, con la creazione, in collaborazione con i registri tumori di Reggio e Modena e con il centro per lo studio delle malattie linfoproliferative di Modena, di un osservatorio epidemiologico definito "ad alta risoluzione".

- l'incremento dell'attività di ricerca clinica all'interno dei gruppi cooperatori sui linfomi italiani ed internazionali e l'assunzione della responsabilità diretta di alcuni progetti di ricerca nell'ambito dei gruppi stessi.

Il gruppo di lavoro multidisciplinare, già operativo, che assume ora una veste permanente ed ufficiale, sarà così composto: un ematologo coordinatore responsabile del gruppo (dott. Francesco Merli), due ematologi dedicati prevalentemente all'attività clinica (dott.ssa Fiorella Ilariucci e dott.ssa Isabel Alvarez); un patologo esperto in emolinfopatie maligne (dott. Riccardo Valli); un radiologo esperto in TAC (dott.ssa Chiara Coriani); un radiologo esperto in agoaspirati di linfonodo sotto guida ecografica (dott. Cesare Balli); un medico nucleare esperto in PET/CT (dott. Annibale Versari); un radioterapista (dott.ssa Cinzia Iotti); un laboratorista esperto in valutazione morfologica (dott.ssa Rosina Longo); un laboratorista esperto in citofluorimetria e biologia molecolare (dott.ssa Laura Albertazzi); una data manager (dott.ssa Elisa Barbolini).



A tali figure, già presenti ed operanti all'interno del Santa Maria Nuova, si aggiungerà un ricercatore, in via di individuazione, con particolari competenze nel campo della ricerca clinica, al fine di sviluppare sempre maggiormente l'attività di ricerca accanto a quella assistenziale. Il progetto prevede, inoltre, l'attivazione di un Comitato Scientifico costituito da professionisti esterni all'Azienda aventi elevata competenza specifica sui linfomi (Prof. Massimo Federico, Presidente del Gruppo Italiano per lo Studio dei Linfomi; Prof. Paolo Gobbi, ematologo dell'IRCCS San Matteo di Pavia; prof. Manlio Ferrarini Direttore dell'Oncologia dell'Istituto dei Tumori di Genova). Il compito del Comitato Scientifico sarà quello di esprimere una valutazione annuale sul lavoro svolto e di collaborare alla formulazione dei progetti di ricerca.

Uno strumento fondamentale per verificare la qualità dell'assistenza erogata e degli interventi sanitari nel settore;

Francesco Merli
Responsabile "Progetto Linfomi"



LA PRONAZIONE DEL PAZIENTE CON ARDS: LE SFIDE DELLA RIANIMAZIONE



Foto: il RotoProne® con il paziente pronato

ROTOPRONE

La letteratura scientifica da tempo concorda sul fatto che la postura prona nei pazienti con ARDS¹ determini un



LA PRONAZIONE DEL PAZIENTE CON ARDS LE SFIDE DELLA RIANIMAZIONE



Un'immagine radiologica tipica di ARDS

miglioramento dell'ossigenazione arteriosa. Ma non è tutto: c'è evidenza sul fatto che la distribuzione delle densità polmonari sia condizionata dal cambio posturale e il successivo ritorno in posizione supina determini un miglioramento della compliance toraco-polmonare dell'ossigenazione rispetto al periodo antecedente la pronazione.

Queste osservazioni hanno portato a pensare che la postura prona possa incidere positivamente non solo sui parametri emogasanalitici del paziente ma sull'evoluzione della patologia stessa.

Uno studio precedentemente condotto per valutare gli effetti della manovra sulla mortalità del paziente affetto da ARDS ha evidenziato una netta riduzione in termini di mortalità a 10 giorni perlomeno nei pazienti colpiti dalle forme più gravi.

Attualmente è in corso uno studio multicentrico europeo randomizzato controllato, il Prono-Supino, condotto dal Prof. Gattinoni, al quale partecipano diversi centri di terapia intensiva italiani ed europei, che prevede, rispetto a quello precedente, profonde modifiche della metodologia e del protocollo operativo:

- prolungamento del periodo di pronazione, passando da 6 ore ad un minimo di 20 ore giornaliere;
- l'eliminazione di una finestra di tempo prestabilita per la durata del trattamento (i primi 10 giorni) che nel nuovo studio non viene interrotta fino allo svezzamento del paziente dal ventilatore;

- l'adozione di una strategia predefinita di ventilazione meccanica in entrambi i gruppi di randomizzazione, gruppo di trattamento e gruppo di controllo.

Tale studio, iniziato nei primi mesi del 2004, terminerà indicativamente nell'estate del 2008: l'obiettivo è quello di arruolare 170 pazienti in ciascun braccio di randomizzazione.

La pronazione del paziente viene eseguita con un letto speciale, il RotoProne®, che permette l'esecuzione della manovra da parte di un solo operatore invece delle 4-5 persone necessarie per eseguirla manualmente e permette un basculamento continuo sul piano orizzontale durante il periodo di pronazione.

L'utilizzo di questo letto permette, da un lato un notevole risparmio di tempo e di risorse di personale, dall'altro una standardizzazione del trattamento dei differenti pazienti e dei differenti centri che partecipano allo studio. Da quando il nostro centro partecipa allo studio, 4 sono stati i casi di ARDS reclutati: 3 di questi sono entrati nel gruppo di controllo, uno nel gruppo di trattamento.

Un quinto paziente non è risultato arruolabile per una concomitante patologia allo stadio terminale che avrebbe inficiato i risultati e la correttezza del dato.

I restanti casi di ARDS ricoverati in reparto non sono stati considerati in quanto presentavano controindicazioni assolute alla pronazione.

L'utilizzo della rotopronazione e l'applicazione del protocollo operativo ha determinato un aumento della complessità assistenziale.

È stato necessario rivedere la suddivisione dei carichi di lavoro all'interno del turno infermieristico: il paziente ropronato esige un infermiere dedicato.

1 ARDS (acute respiratory distress syndrome): nelle sue forme primitive e secondarie è caratterizzata da una iniziale alterazione della permeabilità alveolo-capillare che comporta una trasudazione di liquidi e successivo inondamento degli alveoli; questo compromette gravemente gli scambi gassosi, il rapporto PaO₂/FiO₂ risulta inferiore a 200.

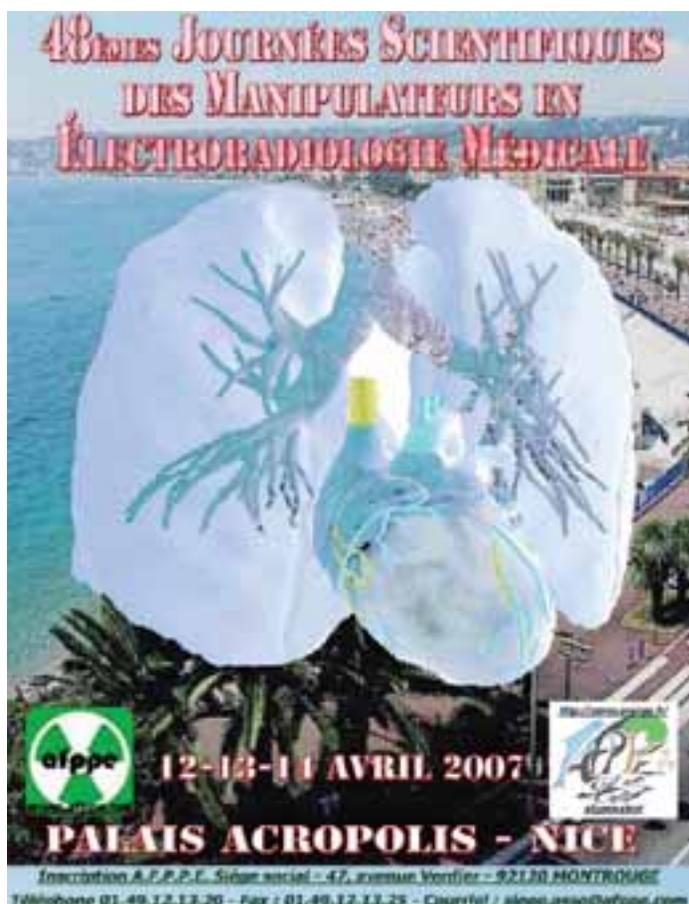
Anche la meccanica polmonare viene profondamente alterata con perdita di elasticità del parenchima polmonare ed una riduzione importante dei volumi respiratori. Radiologicamente il parenchima polmonare assume il tipico aspetto definito "a vetro smerigliato".

Cristiana Caffarri
Coordinatore Infermieristico
Anestesia e Rianimazione

Elena Riccò
Anestesia e Rianimazione



BILANCIO DI 10 ANNI DI SCREENING DELLA MAMMELLA



Nei giorni 12-13-14 aprile 2007 si è svolto a Nizza il Congresso Nazionale dei Tecnici di Radiologia Francesi al quale il Dipartimento Diagnostica per Immagini ha partecipato con una comunicazione riguardante la mammografia, elaborata da TSRM Ronzoni Alessandra, Dott. Nicoli Franco, Dott. Mori Carloalberto e presentata da Alessandra Ronzoni.

Il nostro sistema organizzativo e soprattutto l'alta percentuale di adesione delle donne al programma di screening della mammella (80,4%) nel nostro Dipartimento sono stati oggetto di grande interesse e hanno permesso di mettere a confronto due sistemi (quello francese e

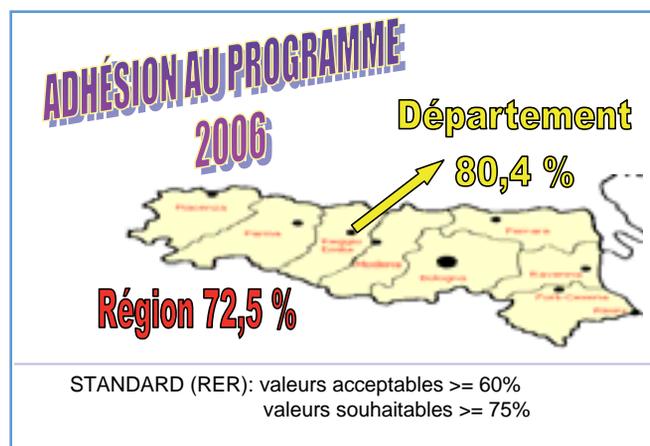
quello italiano) molto diversi tra loro, ma, che per molte ragioni ha fatto emergere le stesse problematiche.

Punto di forza dei nostri programmi screening sono sicuramente gli obiettivi di qualità totale che si raggiungono non solo con le competenze cliniche e tecnico-scientifiche, ma con il massimo e costante impegno personale di ogni membro del sistema aziendale.

"La qualità di un servizio è il frutto di molti fattori, prima di tutto credo sia importante che ogni operatore che partecipa al suo funzionamento, si senta coinvolto e valorizzato non solo come professionista, ma anche e soprattutto come persona, il cui operato è fondamentale ed indispensabile per far crescere, giorno dopo giorno, la "qualità" di cui lui stesso, in primis, potrà godere.

Serenità, motivazione e lealtà nel lavoro non si imparano a scuola, ma si costruiscono passo passo nel rapporto con gli altri, mettendosi in gioco soprattutto come persone.

Se riusciremo a realizzare tutto questo avremo raggiunto un obiettivo che non si trova nei "budget" delle aziende, che non ci arricchirà economicamente, ma ci darà la forza di aiutare e capire tutte le persone che quotidianamente ce lo chiedono".



Ronzoni Alessandra
Mammografia



INFEZIONI NOSOCOMIALI ASSOCIATE AL CATETERISMO URINARIO



Background

Le Infezioni Ospedaliere rappresentano un importante problema di Sanità Pubblica ed un indicatore di qualità dei servizi in ospedale.

Le infezioni delle vie urinarie (IVU) rappresenta-

no la localizzazione più frequente (circa il 40%) tra tutte le infezioni ospedaliere.

Si stima che circa il 75-80% delle IVU sia associato all'uso del catetere vescicale. Nel nostro Ospedale nel 1999 è stata predisposta da un team multiprofessionale una procedura aziendale dal titolo "Misure di Profilassi delle Infezioni Associate a Cateterismo Urinario", aggiornata poi nel Dicembre 2005 dal CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere).

Nel corso del 2003 è stato condotto presso il SMN uno studio di prevalenza dei casi di IVU in tutti i reparti di degenza.

Tale studio si proponeva di: stimare la prevalenza di tali infezioni, identificare i fattori di rischio e le variabili epidemiologiche, identificare i principali agenti eziologici responsabili delle infezioni, con i relativi profili di antibiotico-resistenza, e di valutare l'appropriatezza dell'indicazione alla cateterizzazione dei pazienti.

I risultati ottenuti dallo studio suggeriscono di focalizzarsi nell'attività di formazione/informazione del personale, ma anche nell'attività di sorveglianza attiva e passiva dei casi di IVU.

È nato così a fine 2006 il progetto proposto dalla Direzione Sanitaria ed avallato dal CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere) dal titolo **"Infezioni nosocomiali associate al cateterismo urinario nell'Azienda Ospedaliera Arcispedale S.Maria Nuova di Reggio Emilia"**.

Il progetto si articola in più fasi:

1^ fase: creazione di un percorso formativo per rinnovare l'attenzione del personale sanitario sul tema

delle infezioni nosocomiali delle vie urinarie.

2^ fase: conduzione di uno studio di prevalenza sulle IVU e di un audit su conoscenze, comportamenti ed adesione a norme di prevenzione delle IVU da parte del personale infermieristico (con metodologia sovrapponibile a quella utilizzata dalla Direzione Medica di Presidio per lo studio di prevalenza e l'audit nell'anno 2003).

3^ fase: elaborazione dei dati e divulgazione dei risultati a tutto il personale dell'ospedale attraverso una giornata informativa.

Dal Progetto si attendono i seguenti risultati:

- Maggiori conoscenze teorico-pratiche sulla prevenzione delle IVU e sulla loro epidemiologia, anche a livello locale.
- Possibilità di valutare l'efficacia di eventi formativi e dell'applicazione di procedure aziendali.
- Possibilità di identificare i punti critici e quindi le aree di prioritario intervento.
- In ultima analisi, possibilità per i pazienti di essere maggiormente tutelati poiché una maggiore attenzione al rischio rappresentato dalle IVU implica una migliore qualità dell'assistenza.

Cosa è stato fatto ad oggi?

I fase: è stato elaborato un progetto di Formazione sul Campo dal titolo **"Prevenzione delle Infezioni delle Vie Urinarie"**.

Si è creato un gruppo di lavoro interdisciplinare e interprofessionale, costituito da:

- Elisa Mazzini
(Medico di Direzione Medica di Presidio)



- Cinzia Gentile
(Medico di Direzione Medica di Presidio)
- Claudia Valentini
(ICI Ufficio Epidemiologico)
- Marzia Prandi
(C.I. Responsabile Formazione e Sviluppo di DITO)
- Roberto Caroli
(C.I. Sicurezza e Procedure Assistenziali di DITO)
- Federica Gambarelli
(Infermiera Room Chirurgico)
- Andrea Campioli
(Infermiere Medicina 1^)
- Cinzia Gradellini
(Tutor C.d.L. Infermieristica)
- Marina Pinetti
(Infermiera Medicina d'Urgenza)
- Serena Santini
(Studentessa C.d.L. Infermieristica)
- Daniela Mecugni
(Coordinatore C.d.L. Infermieristica)
- Elisabetta Napolitano
(Infermiera S.O. Ginecologia)
- Loredana Santoro
(Infermiera S.O. 5° piano)

A cui hanno collaborato anche Gianni Binelli (C.T. Radiologia) e Maurizio Galimberti (consulente esterno). Il gruppo ha lavorato sulle IVU secondo le seguenti tappe:

- revisione della letteratura sul tema della profilassi delle IVU (infezioni delle vie urinarie);
- raccolta di quesiti/criticità relativi alla procedura aziendale da parte del personale infermieristico delle aree medica, chirurgica e della medicina d'urgenza;
- creazione di un filmato dal titolo "**Come NON fare il cateterismo**" e di un altro dal titolo "**Come fare il cateterismo**", da proiettare durante gli eventi formativi rivolti al personale infermieristico;
- definizione del percorso formativo rivolto al personale

infermieristico di tutte le Strutture di Degenza e di Sala Operatoria del SMN;

- individuazione dei docenti/facilitatori che condurranno le giornate di formazione: Elisa Mazzini, Roberto Caroli, Federica Gambarelli, Andre Campioli.

Il progetto formativo

Dopo una serie di incontri ed un fruttuoso lavoro di gruppo, è stato quindi definito un progetto formativo dal titolo "**Infezioni delle Vie Urinarie: Esperienze a Confronto**".

Questo progetto è stato messo appunto con l'intenzione di approfondire un tema già conosciuto, e quindi in quanto tale a rischio di essere considerato inutile, ma spesso sottovalutato.

Proprio per questo motivo il progetto si prefigge di porre l'accento sul confronto e sul dibattito tra i professionisti in aula; lo scambio di opinioni ed esperienze e la discussione di casi clinici, prevale infatti sulla parte prettamente teorica che rischierebbe di essere unilaterale, tediosa e quindi poco efficace.

Infatti, dopo una breve introduzione su definizioni e misure delle infezioni ospedaliere e della loro prevenzione, viene posta l'attenzione sullo scambio di informazioni ed esperienze delle persone in aula.

Si è deciso di utilizzare mezzi quali il filmato e la discussione su casi clinici.

Le aspettative

Le aspettative di chi ha partecipato al gruppo di lavoro per la stesura del progetto formativo sono forti, poiché forti sono state le energie e l'entusiasmo messo in campo durante la conduzione del progetto.

Questo è già un primo risultato da non sottovalutare! Il gruppo si auspica che il carattere di innovazione e di confronto che ha sotteso il progetto, possa essere efficace e quindi tradursi, in ultima analisi, in una maggiore conoscenza e sensibilità al tema delle IVU da parte degli operatori.

Chi inizia?

La prima edizione di questo progetto è prevista per Settembre p.v. e sarà rivolta agli infermieri del Dipartimento di Medicina Interna e Specialità Mediche, in seguito verranno coinvolti gli infermieri degli altri Dipartimenti (si è infatti deciso di estendere la formazione a tutti gli infermieri del SMN ma procedendo per Dipartimenti).

Elisa Mazzini
Direzione Operativa



PROGETTO "GESTIONE DEL RISCHIO CADUTE ACCIDENTALI IN OSPEDALE"

Ovvero geriatria "lanciata sull'onda" del Risk Management: essere fautori di una sperimentazione per l'inserimento di una scala di valutazione del rischio

La gestione del rischio in ambito clinico-assistenziale non è solo uno slogan, un nuovo termine trend di cui fregiarsi per rivestire l'agire professionale quotidiano, ma piuttosto essenza, acquisizione di una nuova chiave di lettura culturale; la pubblica dichiarazione che vecchi concetti - l'attenzione all'altro - possono essere ripresi, "restaurati" e mostrati con orgoglio come nobile tentativo di innalzamento della qualità offerta, ... esempi di bell'agire! Consapevoli delle nostre debolezze "errare humanum est ...", ma anche più forti per l'acquisita certezza e indissolubilità del legame errore/apprendimento, un gruppo multidisciplinare di professionisti dell'Azienda si è speso in questo processo di promozione della cultura della sicurezza.



Componenti gruppo di lavoro

Bordoni Maria Grazia

Caroli Roberto
Cirelli Laura
Circolo Concettina
Copelli Patrizia
D'Angella Anna Maria
Davoli Maria Luisa
Fontanesi Gabriella
Formisano Debora
Giudici Gabriella Paola
Grimaldi Monica
La Morte Maria
Marcato Antonio
Palvarini Costanza
Prandi Marzia
Spina Graziella
Zecchetti Manuela

Infermiera

IP AFD
Infermiera
Infermiera
IPAFD
Infermiera
Medico
Infermiera
Biostistico
Infermiera
Infermiera
Infermiera
Medico
Fisioterapista
Responsabile formazione
Tecnico neurofisiologia
Tecnico radiologia

Radiologia

Direzione Infermieristica
Neurologia
Urologia
Agenzia San regionale
Ortopedia
Geriatrics
Cardiologia
Direzione Sanitaria
Medicina 3
Geriatrics
RRF
RRF
RRF Servizio
Direzione Infermieristica
Neurologia
TAC

Il progetto: Gestione del rischio cadute in ospedale.

Il progetto è l'esplicarsi di un pensiero nato da momenti di formazione e riflessione collettiva ed individuale; professionals dell'Azienda che hanno ritenuto importante lavorare e mettere le proprie competenze, conoscenze e, perché no, ambizioni e tempo, a disposizione della collettività professionale per migliorarne la risposta d'assistenza erogata. Assistenza come attenzione, nello specifico, per la prevenzione del rischio caduta da perseguire in modo strutturato, scientifico e multiprofessionale.



Il gruppo di progetto

Dalle suddette considerazioni si è ritenuto opportuno costituire un gruppo di lavoro multidisciplinare (vedi elenco componenti a pagina precedente)

Il gruppo si è dato i seguenti obiettivi di lavoro:

- Omogeneizzare i comportamenti e l'utilizzazione degli strumenti di gestione del rischio caduta.
- Implementare una Linea Guida aziendale relativa a prevenzione e gestione del rischio caduta accidentale.
- Implementare un sistema di monitoraggio cadute accidentali.
- Ridurre la frequenza dell'evento caduta accidentale.

A supporto delle azioni del gruppo, si è proposto uno specifico percorso formativo su: ricerca bibliografica, banche dati, analisi critica della letteratura, proprietà delle scale di misurazione, linee guida e clinical audit.

Lo Stato dell'arte

Il gruppo multidisciplinare ha terminato la prima stesura adattata della linea guida aziendale ed è in attesa di completare la stesura definitiva; stesura che richiede di individuare la "giusta" scala di rischio caduta (la scelta è fra la scala Conley e la scala Morse) e una corretta scheda di segnalazione di avvenuta caduta, mediante applicazione sperimentale che vede, per l'appunto, la Geriatria come capofila.

La fase sperimentale di applicazione delle scale e della scheda di rilevazione prevede l'inserimento degli strumenti per tre mesi in quattro unità operative con la fase di pre-testaggio iniziale. L'ingresso alla sperimentazione è vincolato ad una formazione

specificata la cui messa a punto risente del contributo e collaborazione, ancora una volta, della Geriatria; la formazione veicolerà pertanto l'inserimento graduale delle varie strutture a partire dal mese di settembre 2007.

Al termine della sperimentazione il gruppo di progetto potrà definire quale scala di valutazione del rischio caduta scegliere per la nostra realtà e completare la linea guida per la sua diffusione.

Geriatria "lanciata sull'onda"

Il progetto vede in questo preciso momento, come già detto prima, il coinvolgimento dell'unità operativa di Geriatria per il testaggio sia della scheda di rilevazione cadute, che delle scale di rischio scelte dal gruppo di progetto. L'attenzione viene posta, ad onore del reparto, sull'impegno ed attenzione garantite a questa delicata fase del percorso di attuazione del progetto, nonostante il periodo ed il carico organizzativo non favoriscano il cogito collaborativo.

"Primum non nocere e primum adiuvere... cum passione"

A conclusione ritengo che quanto vi ho riportato rappresenti veramente un bell'esempio di agire professionale, dove la riflessione sull'agire, la ricerca e lo spirito collaborativo, divengono gli strumenti per superare reticenze, difficoltà e per promuovere, portando ad equilibrio i valori del primum non nocere e primum adiuvere ... cum passione.

Un elogio e ringraziamento a tutti!

Caroli Roberto

Direzione Infermieristica, Tecnica e Ostetrica





“NEL PROBLEMA C’E’ LA SOLUZIONE”

PROGETTO TESEO: Continuità assistenziale ospedale e territorio

Dopo un percorso di formazione e progettazione della durata di circa un anno, che ha coinvolto più di un centinaio di operatori dell’area infermieristica appartenenti all’ASMN e alla AUSL, è stata elaborata la Procedura interaziendale di visita infermieristica di presa in carico nelle dimissioni protette.

Tutto è iniziato dalla rilevazione di criticità riscontrate nella fase di dimissione di alcuni pazienti particolarmente complessi. Nella consapevolezza che in entrambe le Aziende si è già lavorato per approfondire il tema della dimissione protetta, con questo progetto si è data rilevanza all’esigenza di migliorare il processo, per quanto riguarda gli ambiti di competenza infermieristica, senza mai perdere di vista il fatto che il processo di dimissione è frutto dell’integrazione di un team professionale intra ed extraospedaliero e della partecipazione del paziente e della sua famiglia.

Si è ritenuto importante affrontare questo specifico ambito, quello infermieristico, cercando una soluzione alla necessità di curare maggiormente l’integrazione, in alcuni casi attraverso un contatto diretto e non solo telefonico, fra coordinatori infermieristici e infermieri dell’ospedale e coordinatori infermieristici e infermieri del SID e delle Case Protette. La principale ispirazione di questo progetto è nata dall’insieme di tre elementi:

- il primo elemento, è legato alle esperienze degli infermieri, nelle quali si sono ritrovati diversi esempi di integrazione fra infermieri dell’ospedale e del territorio, attraverso incontri ad hoc, nei casi di dimissione protetta particolarmente complessi; situazioni che però erano lasciate alla libera scelta dei professionisti e non definite da accordi precisi;
- il secondo elemento, è legato ad uno scambio di esperienza con la realtà dell’AUSL n°1 Triestina, presso la quale è operativo un protocollo di intesa fra l’Azienda stessa e l’Azienda Ospedaliera Universitaria “Ospedali Riuniti di Trieste”, sul “Sistema della continuità assisten-

ziale infermieristica interaziendale”;

- il terzo elemento, è un acronimo, STAR, che racchiude i significati e le tappe del processo di integrazione fra realtà diverse, ma che hanno obiettivi comuni.



Dall’11 giugno 2007 al 31 dicembre 2007, il personale infermieristico (Coordinatori infermieristici e infermieri di riferimento) dei reparti di Lungodegenza, Geriatria, Neurologia, Ortopedia e Pneumologia, e il personale infermieristico (Coordinatori infermieristici e infermieri di riferimento) del Servizio Infermieristico Domiciliare del distretto di Reggio Emilia e Case protette (Villa Magnolie, Villa Erica, Girasoli, Villa Margherita, Tulipani, Villa Mimose, Villa Primula/Lilium), applicheranno, in via sperimentale, la Procedura interaziendale di visita infermieristica di presa in carico nelle dimissioni protette.

In attesa di valutare la sperimentazione della procedura attraverso gli specifici indicatori, è importante rivolgere un particolare ringraziamento ai Coordinatori Infermieristici e agli infermieri delle due Aziende che hanno fatto parte del gruppo di progetto, e che continuano ad esse-



re parte attiva di questo percorso, oltre a tutti coloro che hanno contribuito ad arricchire i lavori del gruppo.

GRUPPO di PROGETTO TESEO

- **Paola Anceschi** - Coordinatrice Inf.ca Pneumologia
- **Enrica Bianchi** - Coordinatrice Inf.ca Servizio Assistenza Domiciliare AUSL
- **Graziano Bondavalli** - Coord. Inf.co Residenza Sanitaria Riabilitativa "Giovanni XXXIII" - AUSL
- **Roberto Caroli** - Direzione Infermieristica Tecnica e Ostetrica
- **Cervi Monica** - Coordinatrice Inf.ca Case Protette - AUSL
- **Consolini Sandra** - Coord. Inf.ca Servizio Assistenza Domiciliare
- **Nunzia Ilari** - Coordinatrice Inf.ca Neurologia
- **Vanda Lucenti** - Coordinatrice Inf.ca Lungodegenza
- **Manuela Melandri** - Coordinatrice Inf.ca Angiologia
- **Marzia Prandi** - Direzione Infermieristica, Tecnica ed Ostetrica
- **Daniela Reverberi** - Coordinatrice Inf.ca Ortopedia
- **Sonia Romani** - RID Cure Primarie AUSL
- **Orietta Vecchi** - Coordinatrice Inf.ca Geriatria

Altri coordinatori e operatori coinvolti:

- **Antonio Boccia** - Coordinatore Inf.co Trasporti Ordinari
- **Laura Cirelli** - Infermiera Neurologia
- **Yveta Fasano** - Infermiera Ortopedia
- **Cristina Galimberti** - Coordinatrice Inf.ca Oncologia
- **Annamaria Giampietri** - Coordinatrice Inf.ca Malattie Infettive

- **Monica Grimaldi** - Infermiera Geriatria
- **Mariapaola Lince** - RID Medicina Interna e Specialità Mediche
- **Donata Masini** - Coordinatrice Inf.ca Chirurgia
- **Nicoletta Vinsani** - Coordinatrice Inf.ca Pediatria

Lo stesso ringraziamento va agli operatori di riferimento che saranno direttamente coinvolti nell'implementazione delle procedure, la cui professionalità e impegno, saranno fondamentali per la buona riuscita del progetto.

Concludiamo con le parole di Donatella Chiossi che ha accompagnato e accompagnerà il Progetto Teseo, con la sua testimonianza, le sue riflessioni, le sue proposte.

"Sapere che vi state confrontando, che state lavorando per migliorare la qualità di una istituzione così importante, è per me una grande gioia e nasce la speranza di creare sinergie per obiettivi comuni.

Il vostro è un modo di lavorare che condivido e che riconosco, perchè mi ricorda il mio lavoro di insegnante fatto di progettazione collettiva che è capace di cambiamenti. Questa attenzione nei miei confronti la vivo simbolicamente rivolta ai malati che non hanno 'voce', ma che hanno tante cose da dire".

(Donatella Chiossi)

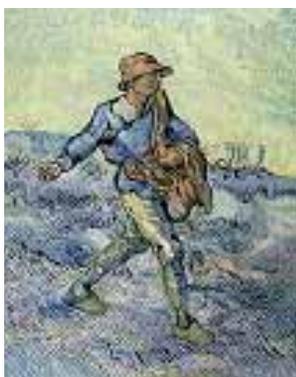
**Marzia Prandi
Sonia Romani**

Direzione Infermieristica, Tecnica e Ostetrica



“SEMINA E RACCOLTO: UNA NUOVA STAGIONE”

Il professionista formato e il professionista atteso



*“Imparare è un’esperienza:
tutto il resto è solo informazione”
Albert Einstein*



Il 25 maggio 2007 è stato organizzato dalla Direzione Infermieristica, Tecnica ed Ostetrica, il Seminario dal titolo **“Le professioni Sanitarie e la formazione Accademica”**, rivolto ai coordinatori infermieristici, tecnici ed ostetrici dell’ASMN e ai tutors dei Corsi di Laurea.

Presso la sede reggiana dell’Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, sono attivi da diversi anni, il **Corso di Laurea in Infermieristica, in Fisioterapia ed in Tecniche di Radiologia Medica Immagini e Radioterapia**.

Il Seminario è stato il momento per riflettere insieme sugli elementi che hanno caratterizzato l’evoluzione della formazione per le professioni sanitarie, al fine di:

- conoscere le peculiarità del percorso formativo universitario delle professioni sanitarie;
- conoscere gli specifici percorsi di formazione accademica delle lauree di primo livello con particolare riferimento a: Laurea in Infermieristica, Laurea in Fisioterapia e Laurea in Tecniche di Radiologia Medica Immagini e Radioterapia;

- conoscere i percorsi di formazione post-laurea di primo livello;
- conoscere gli ambiti di carriera universitaria per le professioni sanitarie;
- individuare gli ambiti di integrazione fra la formazione accademica delle professioni sanitarie e le organizzazioni sanitarie.





Perché ci è sembrato importante questo momento di riflessione?

La ragione di fondo di tale confronto è tutta compresa nelle epocali innovazioni che il percorso formativo delle professioni sanitarie ha subito nell'ultimo decennio, crescita impetuosa, in un arco di tempo relativamente breve. A distanza di anni, infatti, tali tematiche non solo conservano una loro attualità, ma possono aiutarci ad individuare le questioni che hanno trovato un'adeguata soluzione, ed i nodi ancora da sciogliere, aiutandoci a mettere a fuoco i percorsi per l'oggi.

Volendo sommariamente riprendere l'iter legislativo che ha fatto approdare le professioni sanitarie in ambito universitario, diviene indispensabile il riferimento alla Riforma universitaria introdotta dal Dm 509/99, che nasce dalla necessità di *"adeguare i percorsi di studio ad un sistema europeo più flessibile, più consono alle richieste della formazione della società e del territorio"*, creando un sistema di studi articolato su più livelli e aperto all'aggiornamento costante dei professionisti.

Inoltre, da parte della stessa Riforma, l'introduzione del sistema dei crediti (CFU= crediti formativi universitari), da intendersi come il volume di lavoro, di apprendimento, compreso lo studio individuale, con specifico riconoscimento dei CFU a seconda delle attività formative e delle ore svolte, orienta e facilita la mobilità degli studenti a livello nazionale e internazionale.

Una nuova stagione

Le ragioni sottese alla necessità di portare la formazione dei professionisti sanitari in ambito universitario, derivano dal fatto che la complessità del sapere richiesto per poter garantire un'assistenza di qualità è tale, che non è possibile acquisire le conoscenze, al di fuori della istituzione che è al vertice di tutti i percorsi di formazione.

Per quanti rimpiangono il vecchio sistema delle Scuole Regionali, vale forse la pena sottolineare che l'intero sistema della salute, data la complessità di cui sopra, ha bisogno di professionisti sanitari in grado di agire relativamente al proprio specifico, con piena consapevolezza e competenza e con un ruolo professionale sempre più autonomo e socialmente riconosciuto.



Percorso curricolare

Laurea di I Livello

Forma l'operatore sanitario a cui competono le attribuzioni previste dal Profilo Professionale.

Master di I Livello

E' un corso di studi post-laurea di I livello, o titolo equipollente ai sensi della legge n°42/99 con diploma di maturità quinquennale, a carattere di perfezionamento scientifico e di alta formazione permanente in ambito: gestionale, clinico-professionale e didattico-formativo.

Laurea Magistrale

E' un corso di studi post-laurea di I livello, o titolo equipollente ai sensi della legge n°42/99 con diploma di maturità quinquennale, rivolto al professionista che possiede una formazione culturale e professionale avanzata, per intervenire con elevate competenze nei processi gestionali organizzativi, formativi e di ricerca, nell'ambito relativo alla classe di appartenenza.

Master di II Livello

E' un corso di studi post-laurea Magistrale.

Dottorato di ricerca

E' un corso di studi post-laurea Magistrale. Prepara professionisti in grado di far progredire la pratica e l'insegnamento attraverso la ricerca e le attività di studio.

Ci si trova all'inizio di una nuova stagione e le contraddizioni sono spesso stridenti, le negoziazioni e le mediazioni talvolta faticose e costose.

Un primo aspetto, è quello sotteso al fatto che nei corsi di laurea delle professioni sanitarie degli Atenei italiani, sono ancora pochi i docenti provenienti dall'ambito professionale, mentre è del tutto evidente che solo chi ha pienamente vissuto l'esperienza professionale, è in grado di trasmettere il proprio sapere.

Su questo stato di cose pesano certamente problemi oggettivi di "avvio" della macchina formativa, visto che i nuovi docenti si andranno formando attraverso quegli stessi canali, appena avviati, ma si fa sentire anche una certa resistenza del mondo accademico a fare posto a nuovi *cattedratici*.

Necessità di integrazione

Un secondo aspetto, fa riferimento alla necessità di integrare, sempre di più e meglio, la visione del professionista uscito dal contesto universitario con quella del professionista atteso dal contesto organizzativo: il primo



forma un professionista sempre più orientato alla conoscenza, alla ricerca, il secondo chiede un professionista capace di integrarsi responsabilmente nel contesto organizzativo. A tale scopo, diviene fondamentale una responsabilità condivisa (università-organizzazione) sul percorso di tirocinio affinché abbia una maggiore valenza formativa in termini di coerenza fra bisogni educativi dello studente ed attese organizzative. Inoltre, sempre in una logica di integrazione, è emersa la necessità che anche i contesti organizzativi tengano il “passo”, cosa che richiede il ripensamento di logiche assistenziali ed organizzative attraverso la valorizzazione / diversificazione delle competenze.

Il futuro possibile

Al termine dell'incontro, il mandato per il prossimo futuro contiene il concreto proposito di integrare il più possibile i percorsi formativi dei tre Corsi di Laurea presenti a Reggio Emilia, promuovendo, già nella fase formativa, un modello di integrazione professionale che si rivela fondamentale per i professionisti che entreranno nell'organizzazione. Infine è stato condiviso il proposito comune (formazione



e organizzazione) di porre una sempre maggiore attenzione allo sviluppo di tirocini coerenti ai percorsi curriculari, ma anche allo sviluppo nei futuri professionisti, di competenze che richiamano i concetti di: competenza professionale, sicurezza e qualità delle prestazioni, presa in carico, giudizio critico, umanizzazione, integrazione professionale, continuità assistenziale.



Marina Lemmi

Direttore Direzione Infermieristica
Tecnica ed Ostetrica

Daniela Mecugni

Coordinatore Tecnico Pratico
Corso di Laurea in Infermieristica

Luisa Montanari

Coordinatore Tecnico Pratico
Corso di Laurea in Fisioterapia

Patrizia Sangalli

Coordinatore Tecnico Pratico
Corso di Laurea in Tecniche di radiologia
medica per immagini e radioterapia



“COLLEGIO IP.AS.VI.: CAMBIO DI SEDE PER UNA PROFESSIONE CHE STA CAMBIANDO”

Nuova sede per il Collegio con gli auguri del
Presidente del Consiglio e del Ministro della Salute



L' **IP.AS.VI.** di Reggio Emilia, il Collegio provinciale degli Infermieri, Assistenti Sanitarie e Vigilatrici d'Infanzia, ha inaugurato la propria **nuova sede** di **via Montefiorino, 10**. Nella mattina di Sabato 10 Marzo, Orienna Malvoni, Presidente del Collegio Provinciale, ed Annalisa Silvestro, Presidente della Federazione Nazionale, hanno presentato i nuovi locali alle numerose

Autorità intervenute, ai rappresentanti di Collegi e Associazioni professionali sanitarie e di cittadini della nostra provincia.

Hanno portato il loro saluto: il Sindaco di Reggio Emilia, Graziano Del Rio, la Presidente della Provincia, Sonia Masini, Sua Eccellenza Mons. Lorenzo Ghizzoni, Vescovo Ausiliare di Reggio Emilia e Guastalla, Dr. Leonida



Grisendi, Direttore Generale dell'Assessorato Regionale alla salute e alle politiche sociali, il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova, Dr. Ivan Trenti, Il Direttore Generale dell'AUSL di Reggio Emilia, Dr.ssa Mariella Martini, il Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Reggio Emilia, Dr. Salvatore DeFranco. Particolarmente significativo il contributo di Elvira Ganassi e Marina Lemmi, Dirigenti dei Servizi infermieristici, tecnici e ostetrici dell'Azienda Ospedaliera dell'AUSL di Reggio e dell'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova, intervenute all'inaugurazione insieme a numerosi Responsabili Infermieristici e Tecnici di Dipartimento.

A Reggio Emilia il Collegio IP.AS.VI ha visto la luce nel 1955 e da allora molto è cambiato: alcune sedi, il numero degli iscritti, ma soprattutto le norme che regolano l'esercizio professionale, le modalità ed il livello di formazione e, quindi, ciò che gli Infermieri fanno, e ciò che gli Infermieri potrebbero fare per incrementare, migliorare e rendere più sicuri i servizi, così come ormai **da decenni** accade in molti altri paesi. Anche tra difficoltà e resistenze organizzative legate a retaggi del passato, già oggi gli Infermieri hanno assunto, o potrebbero sempre più assumere, primarie responsabilità nell'ambito della clinica e dell'assistenza diretta, della direzione ed organizzazione, della formazione accademica e organizzativa, e molti altri contributi. Si attendono quindi ricadute sulla pratica dei nuovi percorsi di formazione: già numerosi sono gli Infermieri che hanno conseguito, o frequentano, Corsi di Master, Laurea Specialistica e Magistrale. Il Collegio provinciale di Reggio Emilia conta oggi ormai **2.800 iscritti**, mentre la Federazione Nazionale ne accomuna poco meno di **340.000**. Il Collegio di Reggio Emilia rappresenta quindi, per dimensione, il secondo fra gli Ordini e Collegi nazionali. La nuova sede vuole essere una risposta a questi incrementi quantitativi, ma anche alle diverse richieste degli Infermieri. Da subito, infatti, i numerosi corsi organizzati

dal Collegio troveranno spazio nei nuovi ambienti, mentre le strutture e attrezzature informatiche di prossima dotazione, consentiranno non solo di espletare un maggior numero di corsi, ma anche di poter condurre individualmente attività di ricerca connessa ad esigenze di pratica clinica, organizzative (E.B.N., E.B.H.C.), di formazione accademica o "continua". Con questo atto materiale, la nuova sede, il Collegio e gli Infermieri di Reggio Emilia intendono anche offrire un contributo e una prima concreta risposta al dibattito aperto sulla **riforma delle professioni intellettuali**, e sul ruolo che il sistema di rappresentanza ordinistica deve assolvere in un Paese moderno e civile, in cui siano **tutelati** gli interessi del cittadino e della collettività, e sia garantito a tutti il diritto costituzionale alla salute. Non si può non sottolineare che proprio nel momento in cui è **massima la mobilità di professionisti comunitari e non comunitari**, c'è chi ritiene che non sia necessario garantire il singolo cittadino, le aziende sanitarie, c'è chi non ritiene necessario accertare se chi assiste concretamente e realmente su tutte le ventiquattro ore, somministra farmaci, soccorre in urgenza, decide se, quando e quale medico chiamare, possieda realmente il titolo di studio, abbia conoscenze e competenze per farlo.

È un'affermazione che richiede delle specifiche, messa così lascia troppo spazio all'interpretazione. La nuova sede di Via Montefiorino 10 vuole essere, e sarà, allora, un importante ed irrinunciabile riferimento per i quasi 3.000 professionisti che già operano, e per i prossimi neo-laureati, ma vuole anche e soprattutto risultare **più visibile ed accessibile per la cittadinanza**, nei confronti della quale il Collegio intende rendere sempre più concreto ed effettivo il ruolo di tutela e garanzia, funzioni che la Legge da tempo gli ha assegnato, e che da tempo esercita.

Antonio Boccia
Consigliere IPASVI



IL MASCHILE E IL FEMMINILE IN ONCO-EMATOLOGIA: STORIE DI VITA, VISSUTI E PROGETTI A CONFRONTO



Nell'anno 2006 l'Associazione Onlus "La Melagrana", in collaborazione con l'Azienda USL (RE) e l'Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova (RE) e grazie al finanziamento del Comune di Reggio Emilia, ha realizzato una ricerca con l'obiettivo di indagare temi che nella letteratura psiconcologica non hanno trovato sviluppo di ricerca, di analisi e di confronto multidisciplinare.

Più specificatamente si è voluto indagare come viene affrontata la malattia oncologica dal genere maschile e quali sono gli aspetti di comunione e di differenza con la modalità propria del genere femminile. L'esperien-

za degli operatori sul campo a tutt'oggi mette in evidenza questo dato: nelle consultazioni psicologiche, nei gruppi di mutuo-aiuto, negli interventi psico-educazionali, o anche più semplicemente nel prendersi cura quotidiano, la donna sembra mettersi in gioco in misura maggiore e diversa rispetto all'uomo.

È sempre vero? Che cos'è che accomuna il genere maschile a quello femminile nell'affrontare una malattia poliedrica come il cancro? Che cosa invece lo differenzia?

Sappiamo che la malattia oncologica impegna fin da subito tutti i soggetti colpiti, uomini e donne, giovani, adulti ed anziani ad una revisione dei progetti di vita, introduce delle priorità esistenziali, ed una scansione tra un prima e un dopo la malattia. Possono essere diverse

le fasi evolutive che una persona può attraversare all'atto della scoperta di malattia: si può essere giovani, senza impegni affettivi, oppure in coppia, con figli o senza figli; in una condizione di sviluppo professionale, in una vita senza incidenti di percorso. Oppure essere adulti con qualche evento critico alle spalle, con tanti obiettivi perseguiti, con vissuti di vita più complessi, ma ancora con aspettative per sé e per gli affetti più cari.

O ancora sentire di aver vissuto tanto, di aver costruito molto e d'essere nella condizione di prendersi tempo per sé e coltivare le relazioni familiari, con uno sguardo sulle generazioni future, a partire da tutto quello che si è consolidato.

La malattia colpisce indifferentemente uomini e donne, giovani e meno giovani; l'appartenenza di genere cambia il modo di vivere questa esperienza?

Un evento critico può modificare equilibri relazionali di coppia e/o familiari?

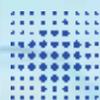
Quali sono i vissuti prevalenti che attengono agli universi esperienziali dei due generi in questa condizione?

Quali sono le strategie che vengono messe in atto dai soggetti per affrontarla?

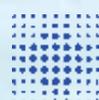
Ad alcuni di questi interrogativi abbiamo cercato di dare una risposta con questa ricerca rivolta a circa 90 soggetti oncologici (uomini e donne) che abbiamo incontrato, intervistato e che ci hanno offerto una preziosa testimonianza della loro realtà vissuta.

Nella mattinata del 16 giugno p.v., presso la sala convegni INPS, Via Della Previdenza Sociale n.6 a Reggio Emilia, si è svolto il convegno di presentazione e di discussione della ricerca e dei risultati.

Carla Tromellini
Presidente "La Melagrana"



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia



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



In occasione della
Settimana Mondiale dell'Allattamento al Seno (SAM 2007)

TAVOLA ROTONDA

Allattamento al seno:

la 1^a



salva 1 milione di bambini!

Lunedì 1 Ottobre '07 - ore 17.00

Palazzo Rocca Saporiti
Arcispedale S. Maria Nuova - Viale Murri, 7 - Reggio Emilia

Moderatore: Dott.ssa Mara Manghi

Direttore Salute Donna e Pediatria di Comunità - Azienda USL di Reggio Emilia

interverranno

Piera Bevolo - *Psicologa Psicologia Clinica - DSM - Azienda USL di R.E.*

Mara Ferrari - *Ostetrica Ostetricia Ginecologia - Arcispedale S. Maria Nuova*

Rosalia Sorrentino - *Infermiera Nido - Arcispedale S. Maria Nuova*

Cristiana Magnani - *Direttore Neonatologia - Arcispedale S. Maria Nuova*

Vanna Boliti - *Ostetrica Parto a Domicilio - Azienda USL di R.E.*

Sandra Lasagni - *Pediatra di famiglia - Reggio Emilia*

Pietro Viola - *Responsabile Nido - Arcispedale S. Maria Nuova*

Alessandro Volta - *Responsabile Assistenza Neonatale - Ospedale di Montecchio*