

*Ciò che il bruco  
chiama  
fine del mondo  
il saggio  
chiama farfalla*



## NOTIZIE

PERIODICO BIMESTRALE  
dell'ARCISPEDALE S. MARIA NUOVA  
di REGGIO EMILIA  
Reg. Trib. di Reggio E. n. 940 del 11/02/97  
ANNO VI - 2000 - N. 1  
Spedizione in abbonamento postale  
art. 2 comma 20/c legge 662/96.  
Filiale di Reggio Emilia

### Direttore Responsabile

Alessandra Morselli

### Redazione

Patrizia Beltrami  
Catia Colli  
Maria Lodovica Fratti - *Coord. Redazionale*  
Monica Guberti  
Marzia Prandi  
Lidia Scalabrini  
Luca Scarano

### Hanno collaborato a questo numero

Giovanna Artioli  
Alessandro Bertinelli  
Piera Bevolo  
Giovanni Bladelli  
Patrizia Casali  
Rita Conigliaro  
Patrizia Copelli  
Piergiuseppina Fagandini  
Liviana Fava  
Marina Ferrari  
Anna Maria Ferretti  
Giovanni Fornaciari  
Gruppo di Lavoro "Procedure  
per una corretta manipolazione dei CHTA"  
Antonio Marcato  
Maria Ravelli  
Cristina Rimessi  
Nilla Viani

### Progetto Grafico e realizzazione Grafica

Lidia Scalabrini

### Le immagini di questo numero sono state realizzate da:

*Foto:* Servizio di Documentazione  
Fotografica Medico-Scientifica  
*L'immagine di copertina è stata presa  
dalla rivista "L'Infermiere" Gen/Feb 1995*

### Sede Redazione

Via L. Sani, 15 - 42100 R.E.  
Tel. 0522/296835-296836 - Fax 0522/296843

### Stampa

A.T.A. Correggio

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

## SOMMARIO

### IN PRIMO PIANO

Ristrutturazione dell'atrio dell'ospedale pag. 3

### I SERVIZI RACCONTATI

Ecoendoscopia: una diagnostica che fa la differenza pag. 4

Una rampa di lancio pag. 5

L'U.Ma.C.A.: Unità di Manipolazione

Centralizzata Antiblastici pag. 6

I codici colore: la procedura di prenotazione per gastroscopie  
e colonscopie pag. 8

ACCOGLIERE IL MALATO E DONARE SPERANZA pag. 11/14

### FORMAZIONE

Una esperienza americana in un reparto di riabilitazione pag. 10

Curiosando qua e là nella formazione dell'infermiere pag. 15

Memorandum pag. 16

Genitorialità e nuove culture pag. 17

Apprendere e far apprendere dall'esperienza:  
il tutor e l'infermiere guida di tirocinio pag. 18

CARTA INTERAZIENDALE pag. 19

### NOVITA' DAL DIPARTIMENTO ALBERGHIERO

Un passo avanti nella sicurezza ambientale pag. 20

Lavorare insieme per lavorare meglio pag. 21

### DAL DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO

Più responsabilità e autonomia ai dirigenti pag. 22

SPECIALE PERSONALE pag. 23

NUOVE NOMINE pag. 24

CORSI E CONVEGNI pag. 24

## Buone notizie per i lettori di

## NOTIZIE

Il giornale aziendale esce da questo numero in una veste completamente rinnovata.

Esperienze, realizzazioni, strategie, informazioni, cultura, formazione, progetti, eventi rilevanti, visite ed altro ancora che ci segnalerete o ci invierete, troveranno sempre più spazio nel nostro periodico bimestrale. Il cambiamento è stato ricercato e prodotto con lo spirito di fare un giornale che sia atteso e letto.

Con la nuova proposta grafica abbiamo cercato di far parlare le immagini e di migliorare la leggibilità utilizzando elementi semplici e nitidi.

Per fornire concrete e dirette informazioni sulla vita dell'azienda, per valorizzare le esperienze degli operatori vi invitiamo a collaborare con la Redazione.

Aspettiamo vostre notizie!

La Redazione

*Patrizia*  
*Lodovica*  
*Morselli*  
*Luca*  
*Catia*  
*Lidia*

# Ristrutturazione

## *dell'atrio dell'Ospedale*

### Costituzione di un gruppo di lavoro interdisciplinare

**C**om'è noto, le opere per ultimare l'ampliamento della struttura ospedaliera prevedono tempi di esecuzione della durata di circa un biennio, per un completamento previsto alla primavera del 2002.

Il procedere dei lavori, così come la loro ultimazione, comportano la predisposizione di ipotesi di revisione, anche generale, della localizzazione di reparti e servizi, le cui idoneità e praticabilità devono essere attentamente valutate.

Si tratta di un'occasione unica per razionalizzare e ridistribuire gli spazi disponibili secondo l'attuale organizzazione delle attività e gli eventuali sviluppi che se ne possono prevedere per i prossimi anni, nell'intento di offrire servizi sempre migliori anche nell'ottica dell'accessibilità agli stessi.

In un tale contesto, la revisione logistico - organizzativa dell'atrio dell'ingresso principale al Presidio costituisce questione rilevante sotto ogni punto di vista con l'obiettivo di elevare qualitativamente l'accesso alla struttura per definire una revisione generale.

Poiché la sistemazione dell'atrio investe problematiche di varia natura, non solo puramente organizzativa (impiantistica, sicurezza, percorsi di accesso a servizi sanitari ovvero amministrativi, ristoro, funzioni di portineria, ecc...), la Direzione Generale ha costituito un gruppo di lavoro interdisciplinare col compito di esaminare in modo approfondito l'argomento e redigere lo studio dei progetti di

fattibilità.

Il gruppo composto dai responsabili delle principali funzioni, (Direzione Sanitaria, Dipartimento Tecnico, Dipartimento Alberghiero, Servizio Informatico, S.P.P.) è aperto, nella logica del perseguimento della migliore efficacia, alla collaborazione di tutte quelle figure professionali in grado di portare un valido contributo.

I lavori di studio dovranno essere ultimati prima dell'inizio dell'estate, così da riservare un adeguato periodo di tempo al compimento delle opere ed agli adempimenti successivi che verranno decisi in base allo studio, nella considerazione che la sistemazione dell'atrio dovrà coincidere con l'apertura dei nuovi padiglioni.

**Scopi, criteri e metodologie che verranno seguiti dal gruppo di lavoro:**

- ✓ monitoraggio dell'esistente;
- ✓ miglioramento generale dell'accesso alla struttura anche con riguardo alla disabilità;
- ✓ individuazione dei percorsi di accesso ai servizi centralizzati, in par-

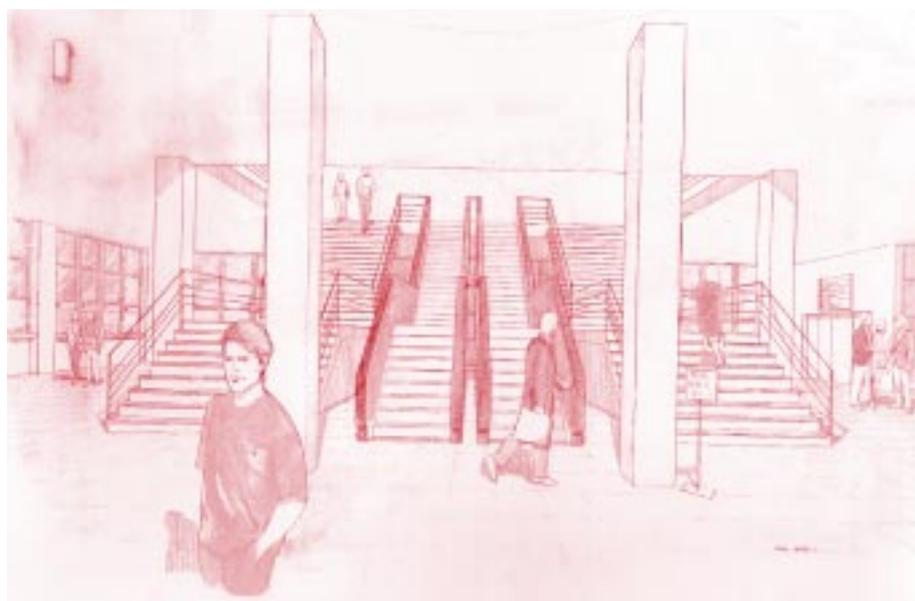
ticolare a quelli allocati nella parte anteriore del fabbricato;

- ✓ sicurezza, con riguardo alle vie di fuga per eventuali uscite di massa;
- ✓ qualità del servizio erogato presso gli sportelli;
- ✓ localizzazione di nuovi servizi e/o trasferimento di quelli esistenti;
- ✓ migliore utilizzo delle risorse umane e tecnologiche;
- ✓ efficace controllo degli accessi;
- ✓ facilitazione accessi ai servizi di diagnostica;
- ✓ attività di prenotazione e sue eventuali modificazioni (rapporti con AUSL).

Il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo sovrintendono i lavori del gruppo, presidiano i tempi previsti per la conclusione e relazionano periodicamente sull'andamento alla Direzione Generale.

**di Anna Maria Ferretti**

Il coordinatore del Gruppo



*Una delle ipotesi di lavoro all'esame del gruppo di studio insediato per la ristrutturazione dell'atrio del S. Maria Nuova: le scale mobili, l'ascensore.*

# Ecoendoscopia: una diagnostica che fa la *differenza*

**Nel corso degli ultimi anni l'Ecoendoscopia ha permesso progressi considerevoli nell'esplorazione dell'apparato digerente e degli organi adiacenti.**

**I**niziata da alcuni mesi, al S. Maria, una metodica nuova: **L'ECO-ENDOSCOPIA** resa possibile dall'acquisto di un nuovo costoso apparecchio (300 milioni) pagato in parte con fondi pubblici (120 milioni dell'ASMN) e in parte privati (fondi ASCMAD). Un grazie dunque all'ASCMAD, associazione Reggiana di volontariato, che con un lavoro assiduo e capillare ha raccolto in 3 anni la considerevole cifra di 180 milioni.

Nel corso degli ultimi anni l'Ecoendoscopia ha permesso progressi considerevoli nell'esplorazione dell'Apparato Digerente e degli organi adiacenti.

E' una metodica ancora poco conosciuta nell'ambito della popolazione medica di base e specialistica di 1° livello, mentre in ambiente ultraspecialistico è sempre più essenziale e "vincolante" nell'iter diagnostico-terapeutico di alcune patologie.

L'Ecoendoscopia è "un'ecografia interna" che utilizza un trasduttore ecografico posto all'estremità di un endoscopio flessibile.

Chi ha iniziato la metodica a R.E. (Dr. ssa Rita Conigliaro, seguita di recente dal Dr. Romano Sassatelli) ha dedicato tempo alla preparazione effettuando lunghi stage in Italia e all'Estero (Parigi e Amsterdam) per poter garantire al cittadino una prestazione di Qualità coerentemente con una serietà professionale che, crediamo ben si adica ad uno Ospedale che vuole rimanere punto di riferimento

Regionale.

**A cosa serve l'Ecoendoscopia?**

I campi di applicazione sono vari e si possono sintetizzare in 3 indicazioni in cui l'applicazione della metodica può "fare la differenza":

- 1. Le anomalie sottomucose, intramurali ed estrinseche (cioè contigue agli organi) dell'Apparato Digerente.**
- 2. La stadiazione di tumori del polmone, esofago, stomaco, pancreas e linfomi.**
- 3. Le patologie delle Vie biliari (colecisti, coledoco) e del pancreas.**

**1.** In queste categorie di indicazioni, l'ecoendoscopia esplora e definisce con notevole accuratezza il grado di infiltrazione di un tumore più o meno superficiale, di una formazione sottomucosa di natura ignota o di un processo estrinseco che viene solo "visualizzato" dall'immagine endoscopica.

**2.** La diagnosi di cancro dipende pri-

mariamente dall'esame istologico, realizzato mediante l'indagine endoscopica tradizionale. L'ecoendoscopia però, esegue il completamento della valutazione del grado di estensione del tumore essendo il metodo più accurato per la valutazione dell'infiltrazione locale e regionale di neoplasie del polmone, esofago, stomaco, pancreas retto e linfomi.

Tale valutazione è decisiva ai fini prognostici e di scelta di strategia terapeutica da intraprendere, cioè non avere questo dato può indurre il chirurgo a scelte scorrette o perlomeno più invasive.

**3.** Per le patologie biliopancreatiche c'è ormai un'ottima evidenza scientifica sul fatto che l'Ecoendoscopia chiarisce i dubbi di natura diagnostica meglio di altre metodiche quali: la TAC e la Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) applicata alla diagnosi di piccole lesioni (> a 1 cm) del pancreas e per la diagnosi di calcolosi del coledoco (compresa la microlitiasi). Soprattutto in questi casi questa metodica "fa realmente la differenza" perché consente una diagnosi in pazienti nei quali non sarebbe possibile intervenire (endoscopicamente o chirurgicamente) se non "alla cieca", cioè senza avere definito prima come e cosa fare, senza quindi aspettare di capire il problema del malato solo al momento dell'atto operatorio.

Concludendo è vero pertanto che la metodica, nonostante i costi dell'apparecchiatura e il "training" (tempo di apprendimento) necessario da parte degli operatori, è una metodica complessa con impiego di alta tecnologia che rappresenta una competenza di "avanguardia" di cui anche il nostro ospedale si è dotato di recente.

**di Rita Conigliaro**  
U.O. di Endoscopia Digestiva



*L'ecoendoscopia*

# Una rampa di lancio

## La positività del cambiamento in ortopedia.

**V**iste le nuove disposizioni aziendali rispetto alla dipartimentalizzazione, eravamo stati chiamati più volte dalla Direzione Sanitaria ed Infermieristica, per arrivare ad un accordo che sembrava irraggiungibile. Infatti è normale che in previsione di grandi cambiamenti ci si senta disorientati e diffidenti.

Oltre al cambiamento organizzativo vi sarebbero state molte variazioni nuove che avrebbero comunque modificato l'assetto esistente.

Le modifiche proposte erano:

- ✓ riduzione dei posti letto,
- ✓ riduzione del numero delle stanze di degenza (avremmo perso quasi completamente la zona centrale che sta di fronte alla S.O.),
- ✓ ridefinizione delle risorse infermieristiche (con possibilità di riduzione).

Presa visione dei cambiamenti inevitabili che sarebbero sopraggiunti, noi caposala (uomini, donne e recovery room), abbiamo fatto una scommessa: utilizzare questi cambiamenti come "rampa di lancio", anzi, come sfida per creare una nuova mentalità infermieristica consapevole del cambiamento e professionalmente pronta ad accettarlo.

E' stato un percorso duro e difficile che ha dovuto abbattere due muri:

- ✓ il primo riguardava essenzialmente due aspetti dell'organizzazione infermieristica: la redistribuzione delle risorse con attenta valutazione dei carichi di lavoro e l'integrazione tra tutti gli operatori, dato che, era diventato impensabile lasciare la vecchia suddivisione tra degenza uomini e donne;
- ✓ il secondo riguardava il cambiamento dei percorsi dovuto al nuovo assetto logistico.

Ci siamo orientati al supe-



ramento di questi ostacoli.

Per favorire l'integrazione abbiamo agito tramite la formazione di tutto il personale infermieristico, OTA ed ausiliario, mirata ad uniformare i comportamenti, costruendo piani di lavoro e protocolli comuni. La formazione (docenza e organizzazione) è stata gestita da noi responsabili infermieristici per garantire che tutti gli operatori potessero partecipare attivamente e sentirsi parte integrante del cambiamento. La realizzazione di questo proget-



to in tutte le sue fasi ha richiesto 6-8 mesi per l'elaborazione teorica ed altrettanti per l'attuazione pratica.

Per favorire l'organizzazione abbiamo deciso, dopo forte sensibilizzazione del personale, di passare dal turno a 4 al turno a 5 (con alcune modifiche), con attenta valutazione dei carichi di lavoro. Abbiamo inoltre ottenuto la reperibilità notturna interna, cioè garantita solo da operatori dell'ortopedia e modificata l'organizzazione del Day Hospital, con assegnazione di I.P. dedicata per ottimizzare l'accesso e il trattamento degli interni che ne usufruiscono.

Con l'ufficio Tecnico abbiamo collaborato ad ogni modifica muraria (es. O2 in tutte le stanze, prima non era presente).

Guardando a ritroso, possiamo infine dire che tutti gli obiettivi che ci eravamo prefissati sono stati raggiunti, infatti le due U.O. (uomini e donne) sono funzionanti e soprattutto **tutti gli operatori** sono in grado di operare indistintamente su entrambi i settori, utilizzando comportamenti comuni.

Per il 2000 ci aspettiamo che questa integrazione si rafforzi e migliori. Attraverso la formazione (che per altro è già iniziata) anche quest'anno stiamo lavorando per ottenere questo risultato.

Per ulteriori informazioni potete rivolgervi al 6332 - Cristina Rimessi, 6331 - Daniela Reverberi, 6373 G. Maria Fantuzzi.

*In foto gli operatori dell'U.O. di Ortopedia*

**di Cristina Rimessi**  
U.O. Ortopedia Uomini

# L'U.Ma.C.A.

## *Unità di Manipolazione Centralizzata Antiblastici*

**Maggiore attenzione alla sicurezza dell'operatore nella gestione dei farmaci chemioterapici antiblastici.**

**N**on ha niente a che fare col mollusco munito di conchiglia e antenne, che striscia, ma significa "Unità di Manipolazione Centralizzata Antiblastici".

La sigla potrebbe essere più semplice, ma quello che importa è la sostanza e sostanza vuol dire maggiore attenzione alla sicurezza dell'operatore nella gestione dei farmaci chemioterapici antiblastici.

L'impiego sempre più diffuso di farmaci chemioterapici antiblastici (CHTA), parallelamente ad un costante incremento della patologia neoplastica, ha posto con urgenza il problema della protezione del personale addetto alla manipolazione di tali sostanze, nonché degli effetti ambientali che i rifiuti di tali prodotti possono provocare.

I farmaci chemioterapici antiblastici presentano:

- 1) una tossicità **locale**, *dotata a contatto con cute, mucose, vie aeree, che si manifesta con effetti irritanti, vescicanti e allergizzanti (a seconda del tipo di farmaco)*
- 2) una tossicità **generale**, più grave, a medio-lungo termine, che consiste in una potenziale teratogenicità ed embriotossicità e in potenziali effetti mutageni e cancerogeni, a seconda del tipo di farmaco.

I dati relativi a questa tossicità generale sono desunti dalla segnalazione di eventi avversi - effetti collaterali indesiderati nei pazienti tratta-

ti; non si dispone invece di informazioni ed evidenze altrettanto certe per quanto riguarda la tossicità dei CHTA sugli addetti alla loro manipolazione; non sono a tutt'oggi definiti i dati relativi alla quantificazione di tale rischio.

Negli operatori professionalmente esposti i possibili effetti patologici da farmaci chemioterapici antiblastici sono molto più difficili da dimostrare e da rilevare; le conoscenze su questo problema sono in fase di risistemazione e comunque i risultati disponibili, non sono univoci.

Per parlare di potenziali tossicità il presupposto è che ci sia un'interazione tra farmaco e operatore.

Le fasi in cui l'eventuale contaminazione può avvenire sono durante l'immagazzinamento, l'allestimento, la somministrazione, il trasporto

E torniamo all'U.Ma.C.A.: il problema della prevenzione, relativa a questi temi, era stato sollevato da molto tempo nel nostro Ospedale, ma solo in questi ultimi tempi si è cominciato ad affrontare in modo più sistematico, col supporto anche di normative specifiche.

Una tappa fondamentale, in questo senso, è stata l'istituzione dell'U.Ma.C.A., cioè di un locale appositamente attrezzato e riservato esclusivamente alla preparazione centralizzata dei farmaci chemioterapici antiblastici.

Questo ha significato che gradualmente i farmaci antiblastici non dovevano più essere allestiti nei singoli reparti (ad eccezione della divisione di Oncologia), ma preparati centralmente, sotto cappa, da personale esperto dotato di idonei strumenti di protezione.

Un ulteriore punto di preparazione centralizzata nel nostro Ospedale si trova presso la Divisione di Oncologia dove i farmaci chemioterapici antiblastici vengono allestiti in un locale apposito, dotato di cappe; questo locale presenta alcuni limiti di tipo logistico, ma sono in atto interventi e modifiche per l'adeguamento dello stesso ai requisiti previsti dalle procedure elaborate.

Per quanto riguarda la formazione degli operatori sanitari, nel Febbraio 1999, il Servizio di Farmacia, in collaborazione con la Direzione Sanitaria ed il Servizio di Protezione Prevenzione, organizzò una giornata di aggiornamento sul tema in questione. In quell'occasione vennero anche presentati i nuovi dispositivi di protezione (guanti, camici, spike, occhiali, maschere...) per i quali la farmacia aveva provveduto all'acquisto. Inoltre, per dare continuità alla for-

e lo smaltimento.

Per ridurre in modo consistente e/o annullare il rischio di tossicità da farmaci antiblastici devono essere adottate misure preventive quali:

- ❏ centralizzazione delle attività e strutture,
- ❏ formazione degli operatori sanitari coinvolti,
- ❏ utilizzo di metodiche di sicurezza e di apposite procedure,
- ❏ adozione di idonei mezzi protettivi ambientali ed individuali.



mazione-aggiornamento degli operatori, fu proposta la costituzione di un gruppo di lavoro che avesse il preciso compito di elaborare le procedure per una corretta gestione dei farmaci chemioterapici antitumorali. Il criterio per formare il gruppo fu quello di chiederne la partecipazione ad infermieri in servizio c/o le Unità Operative nelle quali gli antitumorali venivano usati più di frequente, con l'obiettivo che queste stesse persone potessero poi diventare referenti all'interno delle rispettive Unità Operative per tutte le problematiche inerenti l'impiego di questi farmaci.

Il gruppo di lavoro risultò così composto:

*Coordinatore:*

*Dr.ssa VIANI NILLA*

*Farmacia*

*Componenti:*

*Sig.ra BOCEDI MANUELA*

*Oncologia*

*Sig.ra BIGI BRUNA*

*Medicina 2°*

*Sig.ra BOIARDI SABRINA*

*Medicina 3°*

*Sig.ra BONACINI MARIA*

*Ematologia*

*Sig.ra CASONI LINA*

*Unità Preparazione Antitumorali*

*Sig.ra DENTI RITA*

*Pneumologia*

*Sig.ra MASINI DONATA*

*Oncologia*

*Sig.ra NEGRI CELESTINA*

*Medicina 1°*

*Sig.ra SALSI RITA*

*Otorinolaringoiatria*



Da sinistra a destra: Emanuela Bocedi, Maria Bonacini, Donata Masini, Nilla Viani.

Dopo una prima fase di ricerca di materiale e documentazione e di suddivisione di compiti, si è passati alla elaborazione del documento, nel quale sono state affrontate le seguenti tematiche:

1. requisiti dei locali
2. requisiti e utilizzo delle cappe biologiche
3. procedure per l'allestimento dei farmaci
4. procedure per richiedere la preparazione centralizzata dei farmaci
5. procedure per la preparazione dei farmaci su campo libero
6. procedure in caso di spandimenti
7. procedure per la somministrazione
8. procedure in caso di stravasamento
9. procedure per lo smaltimento.

Il testo dovrà essere adeguatamente presentato a tutto il personale infermieristico, come parte di altre iniziative che sarà opportuno proporre e studiare per favorire l'informazione e la sensibilizzazione su questi temi.

*L'importanza del lavoro svolto è stata supportata dalla recente pubblicazione sulla G.U. n° 236 del 7.10.99 del provvedimento 5.5.99 del Ministero della Sanità dal titolo "Documenti di linee guida per la sicurezza e la salute dei lavoratori esposti a chemioterapici antitumorali in ambiente sanitario" nel quale viene codificata la necessità di centralizzare le strutture e le attività e viene fissato un limite di tre anni per la realizzazione delle misure previste dalle linee guida.*

***Gruppo di Lavoro "Procedure per una corretta manipolazione dei CHTA"***

# I codici colore:

## la procedura di prenotazione per gastroscopia e colonscopia

**Miglioramento delle procedure di prenotazione interna degli esami endoscopici.**

**N**el febbraio scorso è stata istituita una commissione per un progetto di modifica delle modalità di prenotazione degli esami endoscopici; tale commissione era composta dalla Dott. Maria Grazia Mortilla, dalla C.S. Elena Fontana, dalla Segretaria Emma Ronzoni per l'Endoscopia Digestiva e dal Dott. Giovanni Fornaciari e dal C.S. Stefano Finotto per la III Medicina.

### Premessa

La scelta di effettuare una sperimentazione sulle modalità di prenotazione delle procedure endoscopiche derivava dalle difficoltà incontrate, sempre più di frequente, da parte dell'Endoscopia Digestiva, nel soddisfare le richieste provenienti dai Reparti dell'Arcispedale. Dato che la III Divisione di Medicina e Gastroenterologia, per le sue caratteristiche, rappresenta l'U.O. con il maggior numero di richieste, si è deciso di sperimentare in quest'Unità la prenotazione per codici colore, procedura già in uso al P.S. e, in parte, anche nelle richieste per pazienti esterni.

### Concetto

Il concetto di fondo nell'applicazione dei Codici colore è quello di affidare al Medico richiedente l'esame la scelta della gradazione di urgenza dell'esame medesimo. Solo il Medico richiedente, tenendo conto della situazione clinica e di tutti i parametri disponibili, è, infatti, in grado di valutare se l'esame rivesta una particolare urgenza. Gli esami endoscopici (gastroscopia e colonscopia) pos-



sono essere richiesti secondo quattro diversi codici corrispondenti ai criteri di priorità clinica

Nelle prime riunioni si decise di rivolgere particolare attenzione alla prenotazione degli esami in pazienti che, negli anni precedenti, avevano già eseguito la medesima indagine endoscopica. Per quanto riguarda soprattutto la colonscopia, un codice giallo è raramente giustificato in un paziente con colonscopia negativa negli anni precedenti. Per l'esecuzione di ERCP il codice, a seconda della tipologia della richiesta, veniva stabilito direttamente dall'Endoscopia (previa valutazione di un medico)

### Sperimentazione

I risultati, analizzati per il periodo gennaio-settembre, sono i seguenti:

#### • Gastroscopie:

127 esami richiesti,  
di cui 65 codice giallo  
e 62 codice verde.

*Tempo medio di attesa*  
codice giallo 4.14 giorni,  
codice verde 13.29 giorni

#### • Colonscopie:

40 esami richiesti,  
di cui 20 codice giallo  
e 20 codice verde.

*Tempo medio di attesa*  
codice giallo 3.5 giorni,  
codice verde 14.0 giorni

#### • ERCP:

34 esami richiesti,  
di cui 4 codice giallo  
e 30 codice verde.

*Tempo medio di attesa*  
codice giallo 3.5 giorni,  
codice verde 7.5 giorni.

### Analisi dei risultati

Dalla discussione effettuata dalla Commissione è emersa la necessità di valutare approfonditamente le richieste in codice giallo, in particolare per quanto riguarda la gastroscopia, dato che quest'esame risulta di gran lunga il più richiesto, con tempi



di attesa più lunghi. Pertanto è stato affidato incarico al Dott. Fornaciari di rivedere le richieste di gastroscopie in codice giallo, in particolare nei casi in cui era già stato effettuato un esame nei 5 anni precedenti. Sono stati effettuati controlli campione su circa la metà degli esami richiesti. Da quest'esame retrospettivo e dalla discussione che ne è seguita si sono riportate le seguenti conclusioni.

- ✓ In ipotesi si ritiene che, all'incirca, le richieste di un Reparto Medico dovrebbero essere per 1/3 codici gialli e per 2/3 codici verdi
- ✓ In effetti, dall'analisi retrospettiva, si deduce che poco meno della metà dei codici gialli rivalutati non erano giustificati: ¼ erano totalmente non giustificati, ¼ parzialmente non giustificati
- ✓ Nei primi mesi della sperimentazione vi è stato un risultato molto confortante, con tempi di risposta ai due codici soddisfacenti e richieste di solito motivate. Durante i mesi estivi, e soprattutto in settembre, le richieste sono quasi sempre state di codice giallo anche per l'allungarsi dei tempi di appuntamento a causa della riduzione dell'attività del Servizio di Endoscopia
- ✓ Non si ritiene corretto modificare la scelta del codice in base alla lunghezza della lista d'attesa, come spesso accade durante la telefonata di prenotazione
- ✓ Di norma gli esami richiesti in codice verde possono essere eseguiti anche come "coda di ricovero", non essendo la scelta terapeutica, in questi casi, completamente influenzata dall'esito dell'esame
- ✓ Una particolare attenzione va rivolta alla richiesta di esami per pazienti che hanno già eseguito l'esame medesimo negli anni precedenti. In questi casi, qualora il

paziente non sia in grado di fornire la documenta-

zione richiesta, il Servizio di Endoscopia può verificare l'esistenza di esami precedenti e fornire, su richiesta, copia all'U.O. richiedente. In un prossimo futuro, quando il programma di refertazione endoscopica sarà disponibile in rete, si potrà ottenere direttamente tale informazione

#### Conclusioni

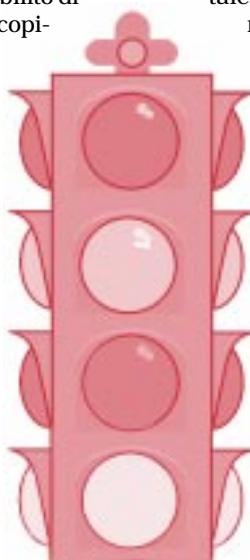
Dopo la discussione nel comitato di Dipartimento nel febbraio scorso, si è deciso di ampliare la modalità di prenotazione a tutte le U.O. del Dipartimento. I punti fondamentali della nuova gestione della prenotazione per esami endoscopici sono i seguenti:

- 1) Restano i quattro codici di prenotazione.
- 2) Nel caso di prenotazione di esami con codice rosso si manterrà l'attuale richiesta telefonica.
- 3) I codici verranno stabiliti dal Medico di Reparto all'atto della richiesta e riportati nella richiesta medesima. Per quanto riguarda l'ERCP il codice, a seconda della tipologia della richiesta, viene stabilito direttamente da un endoscopista.
- 4) Nei casi in cui sia necessario richiedere sia gastro sia colonscopia, si ritiene preferibile effettuare prioritariamente la gastroscopia ma, al momento della prenotazione, si dovrà precisare la doppia richiesta. La segreteria dell'Endoscopia fisserà l'appuntamento per la gastroscopia ma terrà in debito conto, in caso di negatività del primo esame, la neces-

sità di effettuare il secondo in tempi contenuti.

- 5) La prenotazione sarà effettuata per via telematica: sarà predisposto dall'Endoscopia un "modulo" in formato Word che riporti tutte le notizie utili alla prenotazione. Al termine delle visite in Reparto e in DH dovranno essere raccolte tutte le consuete richieste cartacee utilizzate fino ad ora; le richieste andranno riportate sul modulo sopra citato (ogni U.O. dovrà decidere se tale operazione sarà effettuata dalla Segreteria, dal Capo Sala o da altro personale) ed infine il modulo andrà inviato per posta elettronica a ENDOSCOPIA DIGESTIVA. La segreteria dell'Endoscopia rinverrà il modulo con a fianco l'appuntamento per ogni esame richiesto. Si precisa che le "vecchie" richieste dovranno rimanere, come di consueto, sul frontespizio della cartella clinica. Si raccomanda inoltre la precisione nella formulazione del motivo della richiesta perché su questo punto saranno effettuate le verifiche di congruenza.

- 6) L'applicazione della nuova procedura inizia il 14 febbraio '00; da tale data ogni U.O. del Dipartimento dovrà comunicare il codice colore delle gastro e delle colonscopie al momento della prenotazione all'Endoscopia Digestiva.
- 7) Sono stati nominati referenti medici per ogni U.O. che dovranno riunirsi periodicamente, unitamente ai Capo Sala ed agli I.P. dei DH per verificare la corretta applicazione della procedura e per proporre eventuali modifiche.



*di Giovanni Fornaciari  
U.O. Medicina III<sup>^</sup>*

# Una esperienza americana

## in un reparto di riabilitazione



Da sinistra a destra: specializzando, Dr. Gail Gamble - esperta in linfedema, Dott. Antonio Marcato

**H**o recentemente concluso uno stage di un mese come *visiting doctor* presso il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione della Mayo Clinic di Rochester, Minnesota-USA. La visita fa parte di una frequenza prevista nel budget di un programma di aggiornamento dipartimentale.

La Mayo Clinic vanta una gloriosa tradizione medica essendo stata fondata nel 1864 dal dr. William W. Mayo e rappresenta perciò uno dei più vecchi ospedali statunitensi. Al suo interno sono presenti tutte le specialità della Medicina. Oggi la sua notorie-

tà nel campo scientifico è legata a un ospedale che rappresenta un punto di riferimento mondiale per cura, tecnologia e ricerca. E' interessante notare che i 3 simboli del logo della Clinica vogliono ricordare i cardini sui quali poggia l'essenza dell'attività della Mayo.

Essi sono: la cura del paziente (Care) assicurata ai massimi livelli, la ricerca (Research) che fin dall'inizio ha contribuito con scoperte importantissime come ad esempio l'indicazione del trattamento cortisonico per le malattie reumatiche e infine l'istruzione e l'aggiornamento (Education) dei medici e di tutti coloro che sono coinvolti nella cura per essere a loro volta una fonte fidata di informazioni per i pazienti e la popolazione in generale.

A tal proposito si può veramente affermare che **i pazienti non vengono solo curati, ma anche adeguatamente istruiti per renderli elementi attivi e responsabili della loro cura.**

L'equipe riabilitativa che ho avuto modo di conoscere è costituita da 36 medici fisiatri con circa 120 fisioterapisti di cui 40 sono terapisti occupazionali. Nella mia permanenza ho potuto affiancare diversi medici seguendo di volta in volta aspetti riabilitativi di medicina sportiva, reumatologia, neurologia e il trattamento del linfedema.

**Individualism in Medicine can no longer exist** non ci sarà più individualismo in Medicina, sosteneva uno dei fondatori della Mayo. In realtà sono rimasto impressionato dal gran numero di professionisti che prendono parte attivamente al programma riabilitativo del paziente: medici internisti, fisiatri, fisioterapisti, logoterapisti, terapisti occupazionali, psicologi e via dicendo fino al terapeuta ricreazionale figura che si occupa del tempo libero del paziente.

Il lavoro di gruppo è rigorosamente interdisciplinare perché si svolge con una collaborazione continua e proficua tra i vari specialisti i quali coinvolgono il paziente rendendolo elemento attivo nella cura. Quello che ne deriva **è una cura olistica della persona che tiene conto di tutti gli aspetti (fisici-psichici-spirituali).**

Molto attuale rimane ancora una affermazione del dr. William J. Mayo che **"the best interest of the patient is the only to be considered"** ovvero che l'interesse del paziente è l'unico da essere perseguito da parte degli operatori sanitari. La Mayo Clinic è una in effetti fondazione senza scopo di lucro che si propone di fornire la più alta qualità di cura per i pazienti.

Ho potuto del resto verificare che molto tempo viene dedicato al paziente per la raccolta dell'anamnesi, la visita, l'informazione e cura.

Altro aspetto che infine merita di essere sottolineato è costituito dalla **Education** ovvero il fornire una **istruzione continua resa facile da un ampio numero di mezzi messi a disposizione dei professionisti della salute ma anche dei pazienti e popolazione in genere con opportunità di conferenze, videos, libri, libretti e opuscoli informativi sulle varie patologie.**

Ho avuto veramente l'impressione che alla fine quello che ciascuno ha appreso con lo studio e l'esperienza sia continuamente comunicato ai colleghi con il fine dichiarato di riuscire ad ottenere la migliore cura per il paziente.

E' stato un importante momento non solo di studio ma anche di scambio culturale in quanto sebbene la realtà socioassistenziale europea rimanga ancora molto diversa da quella statunitense, rimane sempre importante un confronto che permetta di individuare i punti positivi che possano essere applicati nella nostra realtà.

**di Antonio Marcato**  
*Recupero e Rieducazione Funzionale*



*Tavola Rotonda:*

# Accogliere il malato e donare speranza

**Riportiamo un'ampia sintesi del saluto del Direttore Generale, Dott. Leonida Grisendi, alla Tavola Rotonda promossa dalla Parrocchia dell'Arcispedale S. Maria Nuova che si è tenuta a Reggio Emilia il 12.02.2000.**

[...] E' stato detto che l'ospedale è il luogo ove si esercita la competenza tecnica. Da questo particolare e limitato punto di vista donare speranza credo significhi offrire quanto di meglio la scienza e la tecnologia consentono per ottenere la guarigione dalla malattia.

Credo di poter affermare che in questi ultimi 5 anni l'A.S.M.N. ha fatto molti passi avanti in questa direzione. Basti ricordare quante nuove importanti attività sono oggi praticate al S. Maria rispetto al passato: ricordo solo quelle praticate nei Servizi di Endocrinologia, Reumatologia, Ematologia, Medicina Nucleare, Cardiologia Interventistica, Neurotraumatologia, RMN, Endoscopia, ecc..

Altri passi dovremo compiere, sia elevando la qualità delle attività oggi svolte sia introducendone di nuove per soddisfare i bisogni emergenti che le nuove opportunità e lo sviluppo scientifico e tecnologico rendono possibile. Sempre dal punto di vista "tecnico" dare speranza implica anche offrire condizioni organizzative "efficienti": l'utilizzo migliore possibile delle ri-

sorse, l'offerta di spazi e luoghi dignitosi, coniugando insieme assistenza e produttività, efficienza e qualità, equità e solidarietà.

Da questo punto di vista non avrei particolari preoccupazioni e non ritengo fondati i timori ed i sospetti riguardo al processo di aziendalizzazione in corso nel Servizio Sanitario Nazionale.

Premesso che il solo criterio economico non può essere discriminante [...]

Ritengo però di valutare positivamente l'introduzione di criteri gestionali di tipo aziendalistico se la finalizzazione è rivolta ad ottimizzare l'impiego delle risorse finanziarie, tecnologiche ed umane affinché la cura della persona sia la più adeguata e sia garantito a ciascuno, secondo i reali bisogni, il diritto alla tutela della propria salute.

In questo contesto l'aziendalizzazione non è un fine bensì uno strumento per la difesa di un sistema che fonda le sue radici su equità, solidarietà, universalità.

Il sistema è sicuramente perfezionabile, non so se è il migliore possibile ma



*I relatori alla Tavola Rotonda*



mi pare che al momento non vi siano altri modelli che offrano, a questi livelli di spesa, uguali garanzie dal punto di vista dell'universalità e della solidarietà, né credo che la privatizzazione del sistema possa rappresentare un cambiamento auspicabile. Voglio brevemente ricordare che il nostro Paese spende per la sanità il 7,6% del proprio P.I.L. (di cui il 5,3% rappresenta la spesa pubblica) mentre la Francia spende il 9,6%, la Germania il 10,7%, l'Olanda l'8,5%, gli U.S.A. il 13,9%.

Se noi saremo capaci di dimostrare che con questo livello di spesa siamo in grado di assicurare questo livello di prestazioni garantendo la compatibilità con le esigenze di bilancio, che ormai non sono più soltanto nazionali ma europee, avremo fatto, credo, un grande servizio alla collettività e, in particolare, alle fasce più deboli della popolazione.

Dobbiamo però realizzare questo obiettivo ponendo maggiore attenzione ai bisogni della persona.

Occorre riaffermare la centralità della persona umana e in particolare della persona che si trova in uno stato di sofferenza, di malattia, di debolezza, in direzione della costituzione di un rapporto paritario improntato al reciproco rispetto.

L'organizzazione, l'aziendalizzazione, la tecnologia avanzata non bastano se manca il coinvolgimento emotivo del personale, se non c'è una disponibilità affettiva alla protezione ed alla rassicurazione che crea fiducia e facilita la comunicazione con chi ha bisogno.

Per questo è stato scritto, credo con ragione, che il personale dei servizi dev'essere mano d'opera emozionale. [...] Dobbiamo porre maggiore attenzione ai bisogni della persona, non solo ai bisogni fisiologici ma anche ai bisogni psicosociali e spirituali. Perché la malattia, come ci ha insegnato il Vescovo Adriano nell'incontro dello scorso anno, determina una "lacerazione dell'unità soggettiva", una "crisi dalla comunicazione con gli altri", una "più profonda comprensione di sé come finitezza" la presa di coscienza di "un'eventualità della morte".





*Il personale AVO in servizio all'Arcispedale*

La cultura oggi prevalente considera il tempo della malattia un tempo sciupato e rimuove l'idea della morte. Tutto ciò, unitamente ad una concezione quasi miracolistica della medicina, porta inevitabilmente ad una elevata conflittualità quando il risultato atteso non viene conseguito, ma anche ad una maggiore tensione in via ordinaria.

Questo stato di cose porta gli operatori, soprattutto quelli che operano nei reparti più "pesanti" dove i malati sono più difficili da gestire, a situazioni di burn-out nelle quali dovremmo prevedere azioni di "manutenzione" [...]

Penso che ritrovarci periodicamente a discutere di questi temi possa costituire una occasione di ricarica, etica, morale e spirituale ed una efficace opportunità di manutenzione nel senso sopra descritto.

Personalmente vorrei concludere questo saluto a tutti Voi con una sommessima e personale riflessione sulla necessità di essere portatori di spe-

ranza per poter offrire speranza, pur nella consapevolezza delle difficoltà che quotidianamente dobbiamo affrontare.

E vorrei fare ciò prendendo a prestito parole, che io non saprei altrettanto efficacemente trovare, da una lettera di Leone Tolstoj ad Aleksandra Tolstaja: *"l'eterna inquietudine, il lavoro, la lotta, le privazioni, sono condizioni imprescindibili da cui nessun uomo, neppure per un istante, deve osar pensare di poter uscire.*

*Soltanto una onesta inquietudine, la*



*Il personale AVO in servizio all'Arcispedale*

*lotta e il lavoro, fondati sull'amore sono quel che si chiama la felicità. .... Mi vien da ridere a ricordare come io la pensavo una volta e come, mi sembra, le pensate voi: che si possa costruire un piccolo mondo felice e onesto nel quale sia possibile vivere quieti quieti, tranquillamente, senza errori, senza rimorso, senza confusione, e, senza fretta, accuratamente operare sempre e soltanto il bene.*

*E' ridicolo! Non si può, babuska.*

*Per vivere onestamente bisogna dilacerarsi, confondersi, lottare, sbagliare, dare inizio e lasciar andare e di nuovo iniziare e di nuovo abbandonare ed eternamente battersi e rinunciare.*

*La quiete è una vigliaccheria dell'anima, e per questa ragione la parte peggiore dell'animo nostro tende verso la quiete senza rendersi conto che la conquista di essa è collegata alla perdita di tutto quello che in noi c'è di bello, di umano, e ci viene dall'alto".*

Ecco, con la consapevolezza che questo stato di cose rappresenta la normalità della condizione umana vorrei concludere richiamando il pensiero del filosofo Karl Popper per ricordarci che abbiamo il dovere di essere ottimisti.

E in questo ottimismo c'è anche la consapevolezza che quando avremo esaurito il nostro compito propulsivo ci sarà chi saprà continuare facendo ancora meglio di noi.

Così concludendo mi rendo conto di

non avere fatto ragionamenti di carattere manageriale ma sono fermamente convinto che questi vadano fatti, dal punto di vista logico, in un momento successivo.

In questa ottica colgo questa occasione per sottoporre alla Vostra attenzione una ipotesi concreta di lavoro su uno dei temi della giornata: "l'accoglienza".

Nella nostra realtà, così ricca di risorse del volontariato, come anche la giornata odierna dimostra, potrebbe essere realizzato un sistema di accoglienza del malato al suo ingresso da parte di personale volontario.

Questo modello, già realizzato in altri Paesi, potrebbe collocarci nel solco della tradizione del nostro ospedale da sempre particolarmente attento a questi temi (ricordo la valigetta con generi di prima necessità distribuita alcuni anni fa al Pronto Soccorso) con una efficacia ed utilità a mio avviso ancora maggiore.

E' solo un piccolo flash che sottopongo alla Vostra attenzione per un discorso che potremo riprendere più avanti se lo riterrete opportuno.

### ***Leonida Grisendi***



*I relatori alla Tavola Rotonda*



# Curiosando *qua e là* nella formazione dell'infermiere



**I**l sito **Orienta Net** (<http://www.quipo.it/orientanet/home.htm>), che offre una guida on-line ai percorsi di formazione universitaria e dettagliatissime istruzioni alla scelta delle facoltà, contiene un interessante collegamento (<http://scienza.quipo.it/scripts/university/dove.asp?id=546>) alle **sedi di Diploma Universitario per Infermiere (DUI)** che presentano una pagina Web. In generale, i siti in elenco si limitano a presentare l'organizzazione e l'articolazione del corso di Diploma per Infermiere, attraverso una pagina di videoscrittura molto semplice che non dà possibilità di altri collegamenti. Se un interesse può essere espresso, questo è per le Home Page delle Università di riferimento, attraverso le quali accedere per giungere alle sedi di Diploma, poiché tali Home Page offrono collegamenti che permettono di spaziare nell'articolato mondo universitario. Ben altro scenario si presenta navigando tra le School of Nursing d'oltre oceano che da tempo hanno avviato una consolidata relazione "Infermieristica - Internet". In questi paesi, la formazione in università degli infermieri già è storia. Ciò ha permesso la creazione di siti molto articolati che, indirettamente, riflettono le caratteristiche peculiari delle School of Nursing. La **School of Nursing della Mc Master University** (<http://www-fhs.mcmaster.ca/nursing>) - sede tra le più prestigiose della formazione infer-

mieristica internazionale - afferisce alla Facoltà di Scienze della Salute, insieme al corso di Medicina, di Ostetricia e di Scienze della Riabilitazione.

Nella propria pagina, specifica *Vision, Mission, Principi* su cui fonda la propria formazione, condotta attraverso metodologie innovative: Problem Basic Learning (PBL) Contract Learning (Contratti di apprendimento).

Nella sezione "Education" è presentata l'articolazione degli studi della formazione base (Bachelor of Science Nursing) e post diploma. La sezione merita anche solo una rapida lettura per cogliere, nel dettaglio, il livello avanzato di questa formazione, così come, desta interesse la sezione "Research" che presenta Unità di Ricerca e di Sviluppo del Nursing. Ancora più sorprendente e, per certi versi, professionalmente stimolante, è curiosare tra i 206 profili dello staff docente della School of Nursing della Mc Master, per scoprire che ognuno dei docenti identifica "un'area di interesse" e "un'area di competenza" della disciplina infermieristica anche molto particolari (es. approccio cognitivo-comportamentale nella gestione del dolore cronico, sviluppo delle risorse nel processo educativo del paziente, cura della cute nel neonato pre-termine, qualità della vita lavorativa dell'infermiere).

Per rientrare nel panorama italiano, da segnalare i siti dei corsi per Dirigenti dell'Assistenza Infermieristica in quanto offrono alcune possibilità interessanti.

La scuola universitaria per Dirigenti e Docenti in Scienze Infermieristiche (**D.D.S.I.**) di

**Torino** (<http://molecola.medfarm.unito.it/nurse/DDS11.HTM>) oltre a fornire indicazioni sul corso, ispira ad un modello didattico "non tradizionale" (leggere con attenzione la sezione "Scuola"), fornisc

ce un servizio estremamente prezioso, di grande utilità. Cliccando su "Mappa delle riviste" è possibile accedere al repertorio di riviste di interesse infermieristico sia italiane che straniere, reperibili in Italia. Chi per aggiornamento o studio si sia avventurato nella faticosa ricerca dell'articolo, ben sa della difficoltà incontrata nel trovare le riviste nella nostra nazione, senza dover accedere al servizio a pagamento offerto dalla British Library of London. Dal 1994 il sito specifica le sedi ove reperire le più importanti riviste e da che anno di abbonamento. Purtroppo da alcuni anni non c'è un regolare aggiornamento del sito, anche se i curatori si stanno attivando per colmare tale lacuna.

La Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche (**S.U.D.I.**) di **Milano** (<http://studenti.unimi.it/sudi/>) presenta i Link delle otto sedi per Dirigenti Infermieri, istituite in Italia. In particolare, il sito della scuola per Dirigenti della Assistenza Infermieristica (**D.A.I.**) dell'Università "La Sapienza" - **Roma** (<http://www.nursing.uniroma1.it/>) offre una rete di Link da non perdere, un forum infermieristico di discussione e di confronto in "Graffiti", mentre in "Biblioteca" è possibile consultare il catalogo delle riviste infermieristiche disponibili. L'area è in aggiornamento e si attende il collegamento a "Libri" e "CD-Rom".

Ed infine.....il sito creato in proprio da uno studente del Diploma Universitario per Infermiere di Reggio Emilia che fissa gli studenti del corso... nei (rari) momenti di svago e relax!!! (<http://www.comune.modena.it/118/paolo/du/>)



*di Patrizia Copelli  
Diploma Universitario per  
Infermiere*

# Memorandum

**Incontri delle commissioni per l'aggiornamento corsi, convegni, congressi.**

**U**tilizzando Microsoft Outlook è possibile accedere alla procedura relativa alla Gestione della formazione permanente.

Come fare?

Cliccare su:

- cartelle pubbliche,
- tutte le cartelle pubbliche,
- documentazione pubblica,
- procedure,
- gestione della formazione permanente.

Di seguito si riporta la parte della procedura relativa alla partecipazione a corsi, convegni, congressi, seminari o workshop (organizzati presso terzi) su richiesta individuale del singolo operatore.

**Modalità organizzative**

☛ Ogni anno vengono stanziati due budget (uno per il personale laureato dirigente e uno per il personale infermieristico, tecnico, amministrativo e laureato non dirigente) per partecipazione a corsi, convegni, congressi, seminari o workshop (organizzati presso terzi) su richiesta individuale del singolo operatore.

☛ Le richieste degli operatori (attraverso appositi moduli) da inviare direttamente all'U.S.O. vengono valutate da due Commissioni preposte:

☞ commissione per il personale laureato dirigente composta dai responsabili dipartimentali per la formazione del personale laureato dirigente, coordinata dal Responsabile dell'USO.

☞ commissione bilaterale per il personale infermieristico, tecnico, amministrativo e laureato non di-

rigente, composta da operatori con diversa qualifica e professionalità, coordinata dal coordinatore dei Diplomi Universitari dell'ASMN.

Per il personale laureato dirigente le richieste che non richiedono rimborsi spese, ma solo riconoscimento di ore, non vengono esaminate dalla Commissione preposta.

- ☛ Le commissioni si riuniscono una volta al mese e valutano le richieste pervenute
- ☛ L'USO trasmette al singolo operatore l'esito della valutazione della Commissione ed invia la scheda per l'auto certificazione oraria e per la documentazione delle spese sostenute.
- ☛ Il dipendente al ritorno dall'iniziativa deve inviare all'USO la scheda per l'auto certificazione oraria e per la documentazione delle spese sostenute.

**CALENDARIO COMMISSIONI**

**Personale Laureato Dirigente**

**Personale Infermieristico, Tecnico, Amministrativo e Laureato non Dirigente**



**N.B. LE RICHIESTE DEVONO PERVENIRE ALL'U.S.O. IN TEMPO UTILE AFFINCHÉ POSSANO ESSERE VALUTATE PRIMA DELLA LORO EFFETTUAZIONE**

Per informazioni rivolgersi alla Sig.ra Maria Fontanesi (Ufficio Sviluppo Organizzativo tel. 6840, dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 12).

*di Marzia Prandi - Ufficio Sviluppo Organizzativo*

# Genitorialità e nuove culture

**Percorso nascita e ospedalizzazione delle famiglie immigrate.**

**N**ell'attuale contesto sociale in fase di profonda trasformazione i Servizi Sanitari (e sociali) non sono adeguatamente attrezzati per cogliere i nuovi bisogni della popolazione immigrata e le nuove modalità attraverso cui si presentano, anche perché spesso i bisogni, che non corrispondono alle offerte di un determinato servizio, restano impliciti.

In una realtà che sta diventando sempre più multietnica, occorre conoscere le diverse rappresentazioni della famiglia, della genitorialità, le diverse condizioni concrete e psicologiche di crescita dei bambini, le diverse concezioni della "salute" e della "malattia", affinché gli operatori possano rispondere in modo sempre più adeguato ai bisogni di questi nuovi utenti e nel contempo le famiglie straniere possano avere punti di riferimento rispetto ai servizi ai quali rivolgersi. Per tali motivazioni l'Azienda Arcispedale S. Maria Nuova, l'Azienda USL, hanno pensato ad un progetto dal titolo "Genitorialità e nuove culture: percorso nascita e ospedalizzazione delle famiglie immigrate", in collaborazione con il centro per le famiglie del Comune di Reggio E., a partire da un lavoro di ricerca svolto con la Regio Emilia Romagna. Gli obiettivi di

tale progetto sono:

1. Fornire strumenti di conoscenza sulle "nuove culture" con cui gli operatori di entrambe le aziende quotidianamente si confrontano nella pratica sanitaria.
2. Facilitare l'informazione sui servizi sanitari ASMN -AUSL alle famiglie immigrate al fine di rispettare le culture di origine e favorire l'accesso all'utilizzo mirato ed efficace dei Servizi a disposizione della comunità.

Per ottimizzare il percorso formativo e offrire un canovaccio su cui basare il confronto e la discussione, si è pensato di strutturare un questionario da sottoporre al personale dei vari servizi, per rilevare tutte le problematiche vissute dagli operatori nell'approccio con l'utenza straniera.

La formazione vera e propria prevede incontri di formazione per il personale sanitario (compreso i medici) sulle tematiche della vita di coppia, sessualità e nascita, famiglia, gravidanza, genitorialità cura e allevamento dei figli, nelle famiglie immigrate delle principali culture presenti nella nostra provincia (Egitto, Marocco, Ghana, Senegal, Albania e Cina). Inoltre ci è sembrato necessario preparare materiale informativo multilingue da fornire agli utenti.

Gli incontri sono organizzati secondo la seguente modalità:

**1° Parte:** 3 incontri per ogni gruppo (3 gruppi individuati sulla base dell'area di competenza) in cui verranno affrontate le tematiche generali indagate attraverso la ricerca regionale. Saranno presenti i mediatori cultu-

rali delle rispettive culture.

1° incontro su "Marocco ed Egitto"

2° incontro su "Albania e Cina"

3° incontro su "Ghana e Senegal"

**2° Parte:** 2 incontri per ogni gruppo (ripetitivi) in cui si affronteranno le problematiche specifiche all'area sanitaria, alla presenza dei mediatori culturali e di operatori sanitari che vantano esperienze nel campo (Dr. Gherardi, pediatra e Dr. Foracchia, medico ostetrico).

Nel corso del 1999 è stata inoltre attivata una convenzione con due mediatrici culturali (una cinese e una araba), per affrontare in modo adeguato le problematiche legate alla presenza di questa tipologia di utenti e che si sta rilevando come un'attività molto significativa.

A tutt'oggi sono stati effettuati i tre incontri sulla cultura magrebina e uno sulle tematiche dell'Albania e della Cina. Tutti gli operatori si sono espressi molto positivamente rispetto agli incontri, per la possibilità di confronto offerto e la competenza sul campo dai relatori. Inoltre date le richieste presentate da operatori di altri servizi per partecipare a tale percorso ci fa pensare ad una sensibilizzazione rispetto al problema che sta diventando sempre più rilevante.

**Guberti Monica**

*Servizio Assistenza Inf. e Tecnica*

**Piergiuseppina Fagandini**

*Dipartimento Materno Infantile*

**Piera Bevolo**

*Psicologa*



Gruppo di formazione interaziendale

# Apprendere e far apprendere dall'esperienza:

## *il tutor e l'infermiere guida di tirocinio*

**P**remessa

I processi di formazione di base di molte figure professionali, tra le quali quella infermieristica, hanno subito, negli ultimi anni profonde trasformazioni. Questa fase di cambiamento, non ancora conclusa, ha focalizzato l'attenzione sull'esigenza di un raccordo tra formazione teorica e apprendimento sul campo.

### Il modello tutoriale

Il tirocinio diventa uno spazio privilegiato nel quale realizzare forme concrete di collaborazione tra sedi formative e sedi operative.

Se è vero che l'Università non insegna i contenuti del sapere, ma i metodi per sapere, la formazione infermieristica, oggi accademica, richiederà l'apprendimento di metodologie di soluzione di problemi. I metodi didattici tradizionali non sembrano più così efficaci per il raggiungimento di tali competenze.

L'insegnamento tutoriale invece, basato sull'apprendimento attivo dello studente, sviluppa la capacità di elaborazione, ragionamento e l'acquisizione dei metodi.

L'identikit del "tutor" deve perciò rispondere almeno a due requisiti: essere "motivato" come infermiere e come formatore.

Il mandato prevalente assegnato a queste figure si riferisce all'apprendimento delle competenze professionali

e metodologiche, mandato che si esplica con strategie di tutorato che si rendono operative nei contesti formativi (tutor delle sedi dei corsi) o presso i servizi dove gli studenti svolgono il tirocinio (guide di tirocinio).

### Chi è la guida di tirocinio

La guida di tirocinio, si configura come colui che accompagna e facilita i processi di apprendimento all'interno dei servizi.

E' Infatti un infermiere con comprovata competenza e motivazione all'insegnamento, operante nei servizi sede di tirocinio e che ha frequentato un corso di formazione specifico al fine di attrezzarsi per un tirocinio "nuovo"; costituito da processi di apprendimento complessi e creativi, che richiedono conoscenze, strumenti e abilità per trasformare

il tirocinio in un set formativo integrato con gli obiettivi della formazione. La guida di tirocinio rappresenta dunque quella figura che, collaborando con il

tutor della sede formativa, è punto di riferimento costante per lo studente nella realtà operativa.

### La formazione dell'infermiere guida

Il corso di formazione è stato progettato alla luce di queste considerazioni ed è costituito dai seguenti moduli:

- ⇒ la valenza del tirocinio nell'assetto normativo universitario e nell'organizzazione dei servizi,
- ⇒ la peculiarità dell'apprendimento dell'adulto,
- ⇒ identità professionale alla luce dei mutamenti normativi vigenti,
- ⇒ lo sviluppo di competenze specifiche:
  - il case manager,
  - la relazione di aiuto,
  - la ricerca applicata,
- ⇒ la verifica del processo di apprendimento.

Il corso prevede inoltre un esame finale e l'effettuazione di uno stage in cui sperimentarsi con il tirocinante.

### Considerazioni conclusive

L'esperienza di formazione di guide di tirocinio intrapresa in questi anni (siamo ormai al VII corso), ha sicuramente portato a cambiamenti culturali e operativi nella effettuazione dei tirocini, ma soprattutto ha diminuito la distanza tra teoria e pratica e, ad oggi, la separazione tra formazione accademica e dei servizi.

Il mondo del lavoro viene riconosciuto oggi come luogo capace di conoscenza e di formazione. I Diplomi Universitari, in questo modo, si integrano con il contesto dei servizi; questi offrono l'esperienza e l'opportunità per lo studente di collegare sistematicamente teoria e pratica professionale, ma possono diventare anche un laboratorio di ricerca e di innovazione.

Le guide di tirocinio, attraverso l'apprendimento dall'esperienza, favoriscono lo sviluppo di processi formativi e culturali.

**di Giovanna Artioli**

**Patrizia Casali**

*Diploma Universitario per Infermiere*



*"Il tutor, - secondo il pedagogista J.J. Guilbert - ha il compito di stimolare l'apprendimento, di favorirlo e di controllare il processo educativo del gruppo".*



# La Carta Interaziendale



## dei servizi sanitari

**La sanità provinciale verso la costruzione del sistema curante.**

**I**l 15 gennaio c.a. abbiamo presentato presso la sala delle Farmacie Comunali Riunite la Carta dei servizi interaziendale a cura del nostro Ospedale, dell'AUSL e delle due case di cura presenti nella nostra città. E' stato il primo passo verso la realizzazione di un sistema curante provinciale che vede al primo posto le esigenze del cittadino.

La Carta è costruita sul modello ministeriale ed è aderente alla sua filosofia di fondo: trasparenza del contratto con il cittadino\utente e sua tutela, miglioramento della qualità dei servizi, dialogo con la comunità locale. Comune denominatore è la salute che rappresenta un bene individuale e collettivo primario per la qualità della vita della comunità e per questo è oggetto di sempre maggiore attenzione da parte dei soggetti pubblici e privati che la promuovono e la tutelano. C'è poi un altro aspetto importante che ha dato impulso alla elaborazione della Carta interaziendale e che sicuramente contribuirà alla costruzione del sistema curante: è la partecipazione della comunità provinciale alla vita dei servizi sanitari attraverso la partecipazione del volonta-

riato sociale e delle varie altre forme di associazionismo che garantiscono ai Cittadini\utenti la tutela dei diritti nelle istituzioni sanitarie e la semplificazione dei percorsi.

La Carta è stata elaborata da un gruppo di operatori delle quattro Aziende sanitarie e sottoposta alla consultazione dei Comitati Consultivi Misti delle Aziende pubbliche che hanno contribuito alla stesura finale e infine condivisa dalle Direzioni delle Aziende pubbliche e private aderenti.

I contenuti possono essere così sintetizzati:

- definizione dei principi del sistema curante provinciale;
- definizione dei diritti e doveri dei cittadini all'interno delle strutture pubbliche e private della nostra provincia;
- definizione di impegni comuni, che garantiscono alcuni requisiti minimi da attuarsi in tutte le aziende nelle aree di informazione e facilitazione dell'accesso, personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza, continuità dei percorsi assistenziali e tutela del cittadino\utente attraverso la condivisione di un percorso minimo per la gestione dei reclami.

Ogni azienda continuerà ad utilizzare la propria Carta dei servizi perché riflette la propria organizzazione, quella comune è una Carta che mette in relazione il pubblico e il privato e quindi rappresenta un "accordo" tra le aziende rispetto sia ai principi ispiratori che ad alcuni impegni minimi da garantire ai cittadini;

è per così dire una piattaforma di intenti e di azioni comuni su requisiti minimi essenziali da garantire ai cittadini della provincia di Reggio Emilia nel momento in cui si rivolgono alle strutture sanitarie.

Per rendere operativo "l'accordo" intendiamo come gruppo che lavora a



*I relatori alla presentazione della Carta*

questo progetto dar corso ad alcune iniziative:

- ✓ la promozione di sistematici incontri di Coordinamento fra le Direzioni delle Aziende, con l'obiettivo primario di affrontare aspetti complessi 'di sistema' e definire strategie operative per facilitare i percorsi assistenziali del Cittadino\utente;
- ✓ l'attuazione della verifica degli impegni assunti nella Carta;
- ✓ il coinvolgimento - a far tempo da oggi - delle Direzioni di altri Soggetti pubblici e privati nella adesione ad un "sistema per la salute" più generale e complesso.

Un ringraziamento particolare è per tutti coloro che hanno partecipato alla giornata di presentazione, agli altri operatori comunichiamo che la Carta in oggetto è disponibile presso l'Ufficio Sviluppo Organizzativo e chi è interessato può richiederla telefonando al n° 6807 (Maria Ravelli).

**di Maria Ravelli**  
Ufficio Sviluppo Organizzativo



*Il pubblico alla presentazione della Carta*

# Un passo avanti nella sicurezza ambientale

**L'Ospedale affida alla più moderna tecnologia la sicurezza dell'ambiente.**

Come noto da qualche anno, durante le ore notturne, la sorveglianza degli accessi e dei locali privi di attività viene svolta da due persone addette alla vigilanza le quali ogni notte sorvegliano l'ambiente effettuando un percorso stabilito ad orari, di volta in volta, differenti.

Diversi sono stati gli interventi effettuati per allontanare estranei intrufolatisi attraverso i numerosi accessi che l'Ospedale presenta. Pur riscontrando l'indubbia utilità del servizio prestato, è maturata la necessità di disporre di un controllo diffuso e costante, per tutta la durata della notte dei luoghi maggiormente esposti al rischio di intrusione, nella convinzione che affinché il livello di sicurezza possa considerarsi soddisfacente l'intrusione di soggetti estranei deve essere stroncata immediatamente onde evitare qualsiasi turbativa all'attività dell'Ospedale. Si sta valutando la fattibilità di sottoporre a sorveglianza con telecamere un'area del parcheggio destinato alla

sosta dei mezzi dei dipendenti.

Il progetto, la cui realizzazione è in corso di completamento, si avvale dell'impiego di moderna tecnologia quali ad es. telecamere, sensori, idonei a realizzare un servizio di video controllo degli accessi.

Sulla base dell'esperienza maturata ed avvalendoci della collaborazione del Dipartimento di Attività Tec-



*Immagini riprese dalla telecamera*

zione dei Responsabili delle Unità Operative interessate sta provvedendo a stilare protocolli di intervento che definiscono orari, luoghi, rischi, esigenze di transito durante il funzionamento ecc., protocolli da modificare, aggiornare, affinare man mano che la situazione lo richiede.

In caso di violazione degli accessi delle aree controllate il sistema è in grado di documentare l'evento che sta accadendo affinché la Centrale Operativa possa valutare la necessità di provvedere immediatamente secondo le istruzioni impartite.

La rilevazione, il controllo degli eventi che si verificano ed il ripristino della normalità avverranno in tempo reale e senza soluzione di continuità. Il sistema è modulare, è aperto alle modifiche che si renderanno necessarie, può essere utilizzato in luoghi diversi da quelli attualmente individuati qualora si presentasse la necessità.

In conclusione il Servizio di Telesorveglianza che sta entrando in funzione, unitamente alla progressiva compartimentazione della degenza, migliora sensibilmente la sicurezza nell'Ospedale durante la notte e nei giorni festivi senza richiedere il massiccio impiego di risorse finanziarie aggiuntive.

**di Anna Maria Ferretti**  
Dipartimento Alberghiero

#### **Obiettivi:**

- ✓ migliorare il livello di sicurezza,
- ✓ garantire la protezione dei pazienti ricoverati,
- ✓ garantire la protezione degli operatori in Servizio,
- ✓ garantire la protezione delle Banche dati,
- ✓ proteggere l'integrità dei servizi diagnostici e delle attrezzature installate, affinché siano mantenuti in grado di funzionare prontamente al bisogno.

Si è deciso di passare da un servizio affidato all'esclusiva attività di due persone ad un altro che integri il controllo di tipo strumentale con quello umano e che si estenda contemporaneamente su tutte le aree individuate.

niche e della Direzione Sanitaria si sono individuati i luoghi ad intenso rischio di intrusione e in corrispondenza degli stessi sono stati posizionati complessivamente oltre 140 sensori ed altrettante telecamere. Per ogni luogo controllato la Caposala Sig.ra Morani Li-setta avvalendosi della collabora-

# Lavorare insieme

## *per lavorare meglio*

**Un progetto di formazione/intervento per promuovere il comfort alberghiero.**

**S**ovente accade che il livello di comfort Alberghiero erogato sia adeguato non solo alle aspettative dei clienti ma anche alle risorse che l'azienda impiega.

Per monitorare il servizio, periodicamente si sonda l'opinione degli utenti tramite interviste, si raccolgono gli eventi critici che compromettono il comfort. Il comfort è percepito non solo dagli utenti ma anche dai servizi che gestiscono l'assistenza: dal mancato rifornimento di carta e saponi nei bagni, ecc.. alla difficoltà a far comprendere le alternative del menù a pazienti con abitudini alimentari molto diverse dalle nostre e che si esprimono in un'altra lingua, ecc..

Varie sono le cause di tale disagio: dall'insufficiente controllo che dovrebbe essere esercitato dalle U.O., al rapido turnover del personale spesso insufficientemente addestrato circa le risorse e le opportunità disponibili, alla scarsa motivazione a fornire un'assistenza alberghiera di buona qualità perché è noto che il livello di comfort erogato è proporzionale anche al valore che allo stesso attribuisce l'addetto all'erogazione.

E' pertanto importante

fare leva sulle motivazioni del personale affinché gli aspetti alberghieri vengano considerati indispensabili per la qualità dell'intera assistenza, trattandosi di servizi direttamente valutabili dall'utente e in grado di influenzare il giudizio sulle altre prestazioni ricevute.

Occorrerà cercare di "organizzare ed indirizzare" il comportamento *discrezionale* dei singoli operatori in modo da ottenere atteggiamenti pressoché omogenei rispetto alle esigenze di comfort dell'utente.

Alla luce di quanto sopra detto, la situazione è stata analizzata con la

Responsabile del servizio infermieristico e concordemente si è deciso di costituire per ogni Dipartimento, un Gruppo di Miglioramento costituito da personale motivato a partecipare per migliorare il comfort alberghiero.

Nei gruppi, con la metodologia formazione/intervento, verranno analizzati i problemi, verranno esaminate le opportunità a disposizione che non sempre sono conosciute fino in fondo, (contratti, protocolli ecc..), si predisporranno le soluzioni e si monitoreranno i risultati ottenuti.

La composizione dei gruppi varierà a seconda della disponibilità che le varie figure professionali manifesteranno e comunque l'intendimento è quello di coinvolgere quel personale che è maggiormente a contatto con il paziente che meglio sa interpretarne i bisogni (o.t.a., ausiliari, infermieri). I gruppi saranno condotti da una Caposala del Dipartimento Alberghiero e sarà data priorità a quei Dipartimenti che presentano situazioni di maggiore criticità.

**Obiettivo finale della formazione/intervento è quello di creare una rete di referenti RESPONSABILI DELLA BUONA EROGAZIONE DEI SERVIZI ALBERGHIERI.**

Si opererà affinché venga riconosciuto sia da parte dei colleghi che da parte dell'azienda il nuovo ruolo assunto.

*di Anna Maria Ferretti*  
Dipartimento  
Alberghiero



# Più responsabilità e autonomia ai dirigenti

**I Dirigenti adottano provvedimenti amministrativi dotati di rilevanza giuridica interna ed esterna e di autoritarietà.**

**C**on provvedimento di fine 1999, la Direzione Generale della nostra Azienda ha disposto che i dirigenti amministrativi e tecnici, responsabili di servizio o settore, adottino provvedimenti amministrativi dotati di rilevanza giuridica interna ed esterna e di autoritarietà, ovvero della capacità di incidere sulla sfera giuridica di altri soggetti creando, modificando, estinguendo situazioni soggettive.

Tale innovazione, poiché di innovazione organizzativa si tratta, trae origine dal principio fondamentale della separazione tra la funzione di programmazione, indirizzo e controllo e la funzione di gestione.

Questo principio, introdotto dal D.Lgs 29/93 e rafforzato dal D. Lgs 80/98, permea tutta la recente produzione legislativa emanata in attuazione del più vasto disegno riformatore della Pubblica Amministrazione, Servizio Sanitario Nazionale compreso.

Ne è conseguito, dunque, che, dall'inizio dell'anno 2000 alla Direzione Generale competano le macro funzioni di indirizzo generale, controllo e responsabilità complessiva della gestione aziendale e, quindi, il compito di fissazione degli obiettivi e delle linee

fondamentali dell'organizzazione, di destinazione delle risorse, di verifica dei risultati.

Al Dirigente sono affidate le scelte gestionali, anche a rilevanza esterna, le scelte organizzative e la direzione delle procedure amministrative; l'operato del Dirigente corrisponderà ai principi di autonomia, funzionalità, economicità, professionalità e responsabilità, come è tipico dei poteri del Datore di Lavoro privato.

I principi dell'autonomia e della responsabilità, si manifestano con l'assunzione di specifiche metodologie operative quali:

- ✓ programmazione, governo e gestione delle competenze e delle funzioni attribuite,
- ✓ responsabilità di risultato a fronte degli obiettivi programmati, nell'ambito delle risorse disponibili,
- ✓ superamento di una amministrazione burocratico formale, affermazione di una azione più proiettata verso una logica di risultato,
- ✓ attivazione dei processi di responsabilizzazione, valorizzazione e coinvolgimento del personale assegnato al fine di favorirne la crescita di consapevolezza e del senso di appartenenza,
- ✓ creazione di una realtà organizzativa impegnata a rendersi garante della tutela dei bisogni dell'utenza, sulla base di una strategia gestionale coerente con i valori della missione aziendale.

Il provvedimento n. 849 adottato il 30.12.99, con oggetto "Attribuzione ai dirigenti delle funzioni di gestione e della competenza all'adozione degli atti e provvedimenti amministrativi in attuazione dei principi dettati in materia dal D.Lgs. 29/93 come modificato dal D.Lgs. n. 80/98", nel proporre un modello aziendale organizzativo/funzionale aderente all'attuale quadro normativo, ha ripartito le funzioni storicamente esistenti tra la Direzione Strategica e i Dirigenti incaricati della direzione di dipartimen-

ti, servizi e settori dell'area tecnico-amministrativa: *Acquisti, Segreteria Generale, Economia e Finanze, Gestione del personale, Tecnologie biomediche, Attività tecniche, Logistico-alberghiero, ed ha individuato i provvedimenti amministrativi di rispettiva competenza.*

L'atto è corredato da un analitico allegato definito, nel linguaggio interno agli uffici, "regolamento delle determine" che riporta nel dettaglio competenze e casistiche per le quali il potere di provvedere è transitato dal Direttore Generale ai singoli Dirigenti. Il 28 gennaio di quest'anno la Direzione ha fatto seguito attribuendo capacità provvedimentale anche ai Dirigenti Responsabili di Direzione Medica del Presidio Ospedaliero ed Ufficio Sviluppo Organizzativo.

La scelta attuata, oltre che costituire doveroso adeguamento ai principi posti dalla normativa nazionale, valida per tutti i settori dalla Pubblica Amministrazione, intende valorizzare le professionalità esistenti in Azienda e a semplificare, riorganizzandola, tempi e modi di esercizio dell'attività amministrativa per pervenire a risultati positivi nell'ottica del più efficace perseguimento della "mission" aziendale

**Marina Ferrari  
Giovanni Bladelli  
Segreteria Generale**



# Copertura assicurativa



## *per colpa grave*

Nell'ambito dei rapporti intercorrenti tra la Direzione e le Organizzazioni Sindacali presenti in azienda in rappresentanza e tutela dei dipendenti, sono state recentemente raggiunte importanti intese sul fronte assicurativo.

Occorre premettere innanzitutto che l'Azienda Ospedaliera si è dotata di apposita polizza assicurativa a copertura dei rischi connessi allo svolgimento delle attività istituzionali. Tale polizza copre i danni eventualmente causati a terzi, mantenendo tuttavia il diritto di rivalsa della compagnia assicuratrice sui dipendenti che hanno causato l'evento dannoso, nel caso si siano verificati comportamenti caratterizzati da colpa grave (comportamenti cioè gravati da negligenza, imperizia e imprudenza).

Gli accordi conclusi riguardano appunto la copertura assicurativa ulteriore, che mette al riparo i dipendenti dal rischio della rivalsa da parte della compagnia assicuratrice, finanziando questa clausola aggiuntiva con fondi destinati originariamente all'incentivazione del personale e quindi agli stessi operatori che, in questo modo, tramite l'assenso delle proprie Organizzazioni Sindacali, con grande senso di responsabilità, consentono di utilizzare proprie risorse economiche per un obiettivo realmente comune e di portata generale.

*di Alessandro Bertinelli* - Servizio Gestione del Personale

## Evento



## *Millenium Bug*

L'Azienda ha efficacemente studiato e preventivamente adottato le misure organizzative ed operative che hanno evitato l'insorgere di problemi derivanti dal passaggio al nuovo millennio.

L'impegno profuso e la disponibilità dimostrata da tutti gli addetti ai lavori coinvolti è stata determinante.

L'intento della Direzione Aziendale, previo confronto, già in atto, con le Organizzazioni Sindacali, è quello di riconoscere un compenso a tutti gli operatori interessati, per l'impegno particolare e qualificato che ha consentito all'Azienda di mettere in campo le necessarie strategie per la verifica di continuità e l'emergenza, effettuando la valutazione tecnica e dei rischi legati all'evento in questione, scegliendo opportunamente le applicazioni da convertire, collaudando e ponendole in esercizio, con la piena consapevolezza del problema, non solo informativo, ma dell'intero soggetto erogatore di servizi sanitari, costituito da strutture funzionali critiche in quanto coinvolte nel processo assistenziale e nei rapporti con l'esterno dell'azienda stessa.

In questo ambito si è riscontrata la piena disponibilità di tutto il personale finalizzata a far fronte a possibili situazioni di emergenza con una organizzazione di operatori immediatamente reperibili.

*di Alessandro Bertinelli* - Servizio Gestione del Personale

## In arrivo



## *30 infermieri professionali di ruolo*

Entro i primi di marzo p.v. saranno già inseriti nelle Unità Operative del S. Maria Nuova i 30 infermieri professionali di ruolo recentemente assunti dalla Direzione Aziendale, in accordo con le Organizzazioni Sindacali del comparto, con l'obiettivo di ridurre le criticità connesse alle note carenze di personale infermieristico e assicurare il mantenimento dei livelli quali-quantitativi di assistenza.

Tale personale è stato assunto al fine di stabilizzare le dotazioni organiche e ridurre la probabilità che si verifichino in futuro, come talvolta è successo in passato, situazioni di emergenza a livello infermieristico con ripercussioni negative, sia per l'utenza che per gli operatori sanitari.

La Regione ha infatti approvato, lo scorso mese di gennaio, l'atto di ampliamento della pianta organica deliberato il 9 dicembre 1999 che non comporterà comunque oneri superiori a quelli che già si sostengono per la sostituzione del personale assente per gravidanza, aspettativa ecc..

Le nuove unità potranno contribuire a *migliorare l'erogazione del servizio e il clima aziendale* poiché con il loro inserimento si prevede la riduzione dell'elevato turnover che da alcuni anni caratterizza, in modo particolarmente consistente, il personale infermieristico precario.

*di Liviana Fava* - Servizio Gestione del Personale

N  
U  
O  
V  
E



E' stato attribuito l'incarico quinquennale di Dirigente Medico di 2° livello nella Disciplina di Cardiologia presso l'U.O. di Diagnostica ed Interventistica Cardiologica al **Dott. Carlo Menozzi**.



Sono state attribuite le funzioni di Dirigente Medico Responsabile del Presidio Ospedaliero al **Dott. Luca Sircana**.

N  
O  
M  
I  
N  
E



E' stato attribuito l'incarico quinquennale di Dirigente Medico di 2° livello nella Disciplina di Pneumologia presso l'U.O. di Pneumologia al **Dott. Luigi Zucchi**.



E' stata nominata in qualità di Responsabile dell'Ufficio Sviluppo Organizzativo la **Dott.ssa Barbara Curcio Rubertini**.

*Ai nuovi Dirigenti i complimenti della Redazione*

C  
O  
R  
S  
I  
  
E

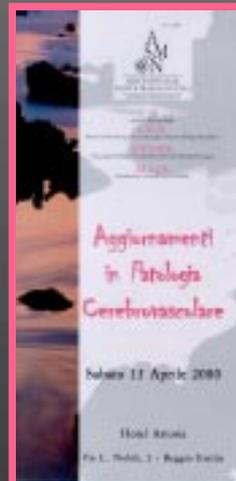


**22-24/03/2000**

U.O. Endocrinologia

*Corso*  
**ECOGRAFIA TIROIDEA  
DIAGNOSTICA ED  
INTERVENTISTICA**

Pad. Spallanzani



**15/04/00**

U.O. Neurologia

*Convegno*  
**AGGIORNAMENTI  
IN PATOLOGIA  
CEREBROVASCOLARE**

Hotel Mercure Astoria

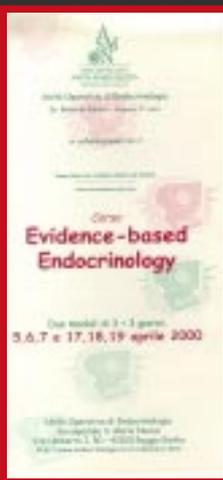
**8-12/05/00**

U.O. Otorinolaringoiatria

*Corso*  
**CHIRURGIA  
DELLA TIROIDE**

Pad. Spallanzani

C  
O  
N  
V  
E  
G  
N  
I



**5,6,7 e 17,18,19/04/00**

U.O. Endocrinologia

*Corso*  
**EVIDENCE-BASED  
ENDOCRINOLOGY**

Pad. Spallanzani



**15-19/05/2000**

U.O. Endocrinologia

*Stage*  
**ECOGRAFIA TIROIDEA  
E PARATIROIDEA  
DIAGNOSTICA ED  
INTERVENTISTICA**

Pad. Spallanzani