

Notizie

*La sicurezza
entra in corsia*



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. 3
Spedizione in abbonamento postale
art. 2 comma 20/c legge 662/96.
Filiale di Reggio Emilia

Direttore Responsabile

Maria Lodovica Fratti

Redazione

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

Hanno collaborato a questo numero

Giovanni Bladelli
Sandra Coriani
Sandra Davoli
Liviana Fava
Giovanni Guatelli
Marina Iemmi
Iva Manghi
Filomena Marseglia
Sandro Reverberi
Roberto Toffanetti

Progetto Grafico e realizzazione Grafica

Lidia Scalabrini

Le immagini di questo numero sono state realizzate da:

Foto: Servizio di Documentazione
Fotografica Medico-Scientifica

La foto di copertina e quelle dell'articolo
La sicurezza entra in corsia
sono state realizzate da Luca Scarano

La foto dell'articolo
La "Nave" Malattie Infettive
sono state realizzate dal Dr. Luciano Grisendi

Sede Redazione

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

Stampa

A.T.A. Correggio

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

SOMMARIO

IN PRIMO PIANO

Programma suggerimenti pag. 3
Recupero del benessere e dell'autosufficienza: l'organizzazione
infermieristica nella lungodegenza pag. 3
La "Nave" Malattie Infettive pag. 6

IN BREVE

Siglata un'intesa tra Direzione e CRAL pag. 5

I SERVIZI RACCONTATI

Ambulatorio antifumo pag. 8

FORMAZIONE

Chirurgia della mano pag. 9

RICERCA

Infezioni Ospedaliere in ambito chirurgico pag. 10

SICUREZZA

La sicurezza entra in corsia pag. 11

SALUTO

Le suore lasciano l'ospedale pag. 12

SPECIALE PERSONALE

Nuova normativa sui congedi parentali,
di maternità e di paternità pag. 14

NUOVE NOMINE

pag. 16

SCRIVERE

pag. 16

SPECIALE PERSONALE

Sono arrivate le ferie estive pag. 16

**Prossimo
appuntamento
a dopo l'estate
con NOTIZIE
speciali!**

La Redazione

Programma

Suggerimenti



Come già anticipato dal Direttore Generale in occasione degli incontri "La Direzione incontra il personale", che si sono tenuti nel mese di maggio, continua l'impegno della Direzione e del Collegio di Direzione a proseguire il confronto con il personale e a facilitare lo sviluppo dei sistemi di comunicazione interna attraverso la programmazione di una serie d'iniziative.

Parte con questo numero il programma suggerimenti con il quale sarà possibile inviare proposte e suggerimenti alla Direzione da parte del Personale del S. Maria utilizzando la posta elettronica, scrivendo all'indirizzo:

Redazione.Notizie@asmn.re.it

Recupero del benessere e dell'autosufficienza:

l'organizzazione infermieristica nella lungodegenza

Negli ultimi anni l'evoluzione dell'organizzazione della rete ospedaliera, unitamente agli effetti derivati dall'introduzione del nuovo sistema di finanziamento, hanno condotto ad un utilizzo spesso improprio delle strutture ospedaliere.

A tal scopo il sistema sanitario si è attrezzato da un lato operando una vera e propria segmentazione dei bisogni e dall'altro, mediante la rimodulazione dell'assistenza ospedaliera, ha adeguato la risposta all'intensità della domanda.

La necessità di diversificare l'assistenza ospedaliera a seconda della complessità e dell'intensità di assistenza sanitaria richiesta (acuti, post-acuti, lungodegenti), ha reso indispensabile una ridefinizione dei modelli organizzativi e gestionali.

La funzione di assistenza ospedaliera è stata articolata in due grandi settori di attività:

1. assistenza per acuti (4 posti letto ogni 1000 abitanti);
2. assistenza lungodegenti post-acuti (0.7/1 posti letto ogni 1000 abitanti).

La funzione di assistenza in Lungodegenza post-acuzie si rivolge principalmente alla soddisfazione delle necessità assistenziali di pazienti che si differenziano dai pazienti in condizioni di acuzie o di criticità in quanto presentano:

- ✓ inquadramento diagnostico esaurito;
- ✓ programma terapeutico compiutamente definito, quando non interamente completato;
- ✓ quadro clinico relativamente stabilizzato.



In tema di assistenza infermieristica è possibile affermare che le modifiche introdotte con la nuova rimodulazione della rete ospedaliera hanno delineato ampi spazi di autonomia e responsabilità infermieristica nell'ambito delle cure progressive, ed in particolare nella fase post-acuta.

Nella fase preventiva infatti molte sono le professioni che intervengono per orientare il comportamento dei cittadini verso la promozione della salute, mentre nella fase acuta risulta prioritario il ruolo del medico con l'attività di diagnosi e terapia. Nella fase post-acuta, dove la diagnosi è definita e la terapia è impostata, il ruolo dell'infermiere con la sua attività di risposta ai bisogni di assistenza infermieristica, volti al recupero della condizione di massimo benessere possibile, diviene prioritario.

Questi pazienti che hanno infatti concluso la fase acuta del ricovero, ma abbisognano di protratti interventi finalizzati al massimo recupero possibile del benessere e dell'autosufficienza, necessitano di assistenza a prevalente carattere infermieristico, di supervisione/cura medica e di eventuale trattamento riabilitativo di tipo

I estensivo.

N In azienda l'esigenza di individuare un unico polo per gli utenti lungodegenti, stante i vincoli logistici e strutturali esistenti, si sta sviluppando in modo graduale.

P La prima parte del percorso ha avuto inizio il giorno 24/05/00 con l'istituzione di 18 posti letto (PL) dedicati agli utenti lungodegenti provenienti dal Dip. Med. I, presso il settore A della Medicina III.

R Al termine delle ferie estive, terminate i lavori di ristrutturazione necessari, sarà attivata un'unità operativa autonoma di Lungodegenza costituita da 26 PL. A tale unità afferranno utenti provenienti dal Dip. Med. I. L'individuazione di un ulteriore polo che comprenda i PL che per ora rimangono a carico delle diverse discipline (Dip. CH. I, Dip. CH. II, Dip. Med. II), prevede un programma a più lungo termine che dovrà tener conto delle trasformazioni logistiche da attuarsi nella struttura nel prossimo periodo.

I In tema di personale è doveroso specificare che sono state individuate, ed attribuite, le seguenti figure dirigenziali:

- ✓ Responsabile Infermieristica unità operativa Lungodegenza

Lucenti Vanda

- ✓ Responsabile Medico unità operativa Lungodegenza

Sergio Maccari

L'attività medica contempla la gestione del reparto, con responsabilità clinica-organizzativa nella fase di accettazione, degenza e dimissione dell'utente. La pianificazione e la valutazione dell'intero programma assistenziale sarà realizzata in collaborazione con la Capo Sala ed il personale infermieristico.

L'organizzazione dell'assistenza infermieristica non potrà essere rigidamente strutturata secondo vecchi modelli organizzativi, ma dovrà essere articolata in base alle funzioni di nursing rese. In tal senso il modello professionale adottato presso l'unità di Lungodegenza (LD) sarà il Modello delle prestazioni Infermieristiche. L'assistenza infermieristica erogata sarà perciò strettamente personalizzata e le diverse figure professionali dovranno attivare e presidiare, con modalità integrate e coordinate, ogni fase di presa in carico, trattamento e dimissione dell'utente.

La definizione di percorsi diagnostici terapeutici integrati sarà uno strumento utile al confronto ed all'attuazione di soluzioni assistenziali volte al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza della prestazione erogata.

Il personale che opererà nell'unità di Lungodegenza è stato individuato sulla scorta di precise posizioni di lavoro (specificazioni a fianco). Ad ogni unità di personale infermieristico sarà attribuita la responsabilità di un nucleo ristretto di degenti. L'infermiere potrà avvalersi del personale OTA delegando ad esso l'esecuzione di attività assistenziali, ma mantengono la responsabilità relativa alla scelta delle azioni delegate, nei termini di quali azioni, di come compierle e di quando compierle, nonché la responsabilità relativa alla verifica delle modalità di svolgimento delle attività delegate.

Il personale OTA svolgerà le proprie mansioni in stretta collaborazione con il personale infermieristico.

Il modello organizzativo del personale OTA sarà presumibilmente misto, alcune unità OTA svolgeranno le proprie mansioni trasversalmente su tutti i degenti dell'unità operativa, altre seguiranno il modello organizzativo infermieristico, opereranno perciò su di uno stretto nucleo di degenti.

Come già specificato ogni figura individuata espletterà funzioni proprie, ma in totale integrazione con il resto dell'equipe.

In relazione alla formazione sono già state emanate indicazioni da parte della regione E.R. sulle modalità e contenuti necessari per il personale che dovrà operare nelle unità di Lungodegenza.

In tempi brevi, così come accaduto in precedenza, sarà attivato localmente un nuovo corso cui parteciperà tutto il personale che, in un futuro ormai non tanto prossimo, costituirà il nucleo dell'unità operativa Lungodegenza.

Per ultimo intendiamo proporre una brevissima riflessione personale.

Riteniamo che per la professione infermieristica la gestione di questa tipologia di unità operative costituirà una sfida ed una grossa occasione per realizzare a pieno il mandato legislativo disciplinato dal profilo e dal codice deontologico.

Mai, in nessuna norma nazionale o delibera regionale, è stato infatti affermato con tanta forza che il ruolo assistenziale infermieristico è prioritario in funzione degli obiettivi di salute che queste unità operative intendono perseguire. Questo dato di fatto unito alla costante ed irreversibile crescita professionale di tutto il gruppo infermieristico crediamo siano uno strumento che tutti noi non dobbiamo sottovalutare.



Coordinatore infermieristico addetto alla gestione del personale (CS)

Il CS ha la responsabilità di programmare ed attuare i processi organizzativi e assistenziali infermieristici, assicura l'integrazione nell'ambito del team predisponendo l'organizzazione in funzione dei bisogni dei pazienti.

Garantisce la programmazione, l'organizzazione, la gestione, la valutazione e lo sviluppo del personale infermieristico e tecnico. Valuta l'organizzazione e la gestione delle risorse materiali e tecnologiche di competenza; assicura la gestione e l'utilizzo del sistema di comunicazione aziendale e intra unità operativa.

Ha la responsabilità della gestione delle richieste in ingresso quanto alla ricezione di esse e alla verifica della loro completezza; inoltre condivide con il medico della LD la fase della verifica di congruità sulla base dei criteri di indirizzo definiti (fermo restando che la decisione ultima – per i casi di incerta e/o controversa congruità – compete al medico responsabile dell'U.O. di LD). Assicura il monitoraggio dei flussi in entrata e uscita dal settore LD al fine di ottimizzare l'utilizzo dei posti letto.

Cogestisce con il personale medico ed infermieristico il raccordo con i servizi territoriali.

Organizza la valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica erogata.



Infermiere professionale

L'IP è responsabile dell'assistenza infermieristica nei pazienti del suo settore.

Identifica i bisogni assistenziali infermieristici, pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico.

Identifica i bisogni socio sanitari e collabora con la C.S. per l'attivazione delle risorse necessarie. Garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche.

Attiva, per quanto di competenza, altre figure professionali e non, utili ad una efficace risposta ai bisogni di assistenza infermieristica.

L'IP si confronta e collabora con i colleghi dell'altro settore per garantire risposte assistenziali infermieristiche tempestive ed efficaci.

Si avvale di personale di supporto al quale delega attività, mantenendo, contemporaneamente alla delega, la costante verifica dell'efficacia e della corretta erogazione delle stesse.

Mantiene un efficace comunicazione con le famiglie.

Indirizza verso il paziente le risorse appropriate.



OTA

L'OTA collabora con l'IP, svolge in autonomia (delega), gli atti assistenziali concernenti l'igiene personale, il posizionamento del paziente, ed il rifacimento del letto occupato. Provvede al trasporto dei pazienti e delle "cose".

Accompagna il paziente nella deambulazione.

Svolge le attività alberghiere con particolare attenzione al coinvolgimento del paziente e della famiglia.

Supporta i pazienti nel cambio della biancheria e nelle operazioni fisiologiche.

Prepara l'ambiente ed il paziente per il pasto, provvede alla distribuzione del vitto ed aiuta i pazienti nella sua assunzione.



di Marina Iemmi - Dirigente Servizio Infermieristico e Tecnico

di Sandra Coriani - Responsabile Assistenza Infermieristica Dipartimento Area Medica 1 ^

Siglata un'intesa tra Direzione e CRAL

Nei primi giorni dello scorso mese di giugno la Direzione dell'Azienda è pervenuta ad una migliore definizione, tramite apposito accordo, dei rapporti in essere col CRAL "Arcispedale Santa Maria Nuova" che per alcuni aspetti registravano incertezze ed opinioni divergenti.

Giungere a momenti di convergenza e chiarezza, in particolare con organizzazioni di lavoratori dipendenti dell'Azienda, costituisce sempre motivo di soddisfazione generale, soprattutto perché consente ai soggetti interessati di affrontare le proprie attività, ciascuno nel rispetto dei corrispondenti ruoli, senza condizionamenti, dubbi o pregiudizi.

I contenuti rilevanti dell'accordo investono i temi legati alla gestione dei bar esistenti presso le nostre strutture ospedaliere e l'individuazione di nuovi locali, sempre collocati all'interno dell'area ospedaliera, da adibire a nuova sede del CRAL.

Ebbene, sul primo argomento si è con-

cordato che in base alle disposizioni legislative vigenti è da ritenersi confermato l'affidamento della gestione sino al termine del 2004, oltre che aggiornamenti gradualmente in aumento dell'attuale canone per il periodo 2000/2004.

Il secondo tema risulta di notevole rilievo per entrambe le parti, in quanto la necessità di soddisfare obiettive ed improcrastinabili esigenze dell'Azienda di garantire ulteriori spazi al Dipartimento di Attività Tecniche, davvero carenti per la mole di attività svolta, non ha comportato un semplice "sfratto" del CRAL dai locali dell'attuale sede, ma ha visto la disponibilità ad assegnare nuovi spazi per poter assicurarne sede ed iniziative associative sempre all'interno dell'area ospedaliera.

D'altronde la scelta di utilizzare gli spazi dell'attuale sede CRAL per migliorare la logistica dei Servizi Tecnici presso una palazzina che già in parte occupano in modo angusto, rappresentava un obiettivo che andava perseguito in ogni caso,

pena gravi ripercussioni sull'efficienza dei Servizi stessi; l'aver nel contempo garantito l'utilizzo in locazione di altri locali che offrono spazi analoghi attesta indubbiamente una particolare attenzione che la Direzione ha da sempre rivolto all'attività associazionistica di natura culturale e ricreativa per il personale dipendente.

Tale volontà, di cui l'accordo in parola ne è decisa testimonianza, trova i propri presupposti in quell'ottica di generale favore, come detto, per gli organismi associativi dei lavoratori secondo ciò che ha ispirato l'art.11 della legge n.300/1970, anche se pur sempre in osservanza delle normative che disciplinano l'attività contrattuale della Pubblica Amministrazione ed i benefici cui possono accedere detti organismi.

di Giovanni Bladelli

Dirigente Responsabile Ufficio Affari Giuridici e Legali



La “Nave”

Malattie Infettive



Abbiamo intervistato il Primario e gli Infermieri dell'U.O. di Malattie Infettive per farci un'idea della nuova struttura, della sua funzionalità e di come stanno vivendo questo cambiamento.

Gentilissimo Dott. Bonazzi, ci darebbe qualche informazione su di Lei e sulla Sua attività professionale?

Mi sono laureato a Bologna dove ho poi lavorato presso la Divisione di Malattie Infettive dell'Ospedale Maggiore per molti anni. Mi sono specializzato in Malattie Infettive e Tropicali presso l'Università di Modena ed in Igiene e Sanità Pubblica e in Malattie Nervose e Mentali presso l'Università di Bologna.



Oltre che all'Ospedale Maggiore ho lavorato per circa un anno a tempo parziale presso l'Assessorato alla Sanità della nostra Regione occupandomi di Igiene Pubblica e per 17 mesi in Malattie Infettive a Rimini.

A Reggio Emilia sono venuto all'inizio del 1993.

Dal 1986 l'infezione da HIV e l'AIDS hanno in parte polarizzato il mio lavoro e quello dei nostri reparti, tanto che le Malattie Infettive sono state considerate quasi sinonimo di AIDS, anche se naturalmente non è così.



Lo studio dell'infezione da HIV ha fatto fare grandi passi in avanti alla Medicina ed alla Biologia, ma nel campo delle malattie dovute ad agenti infettivi le scoperte degli ultimi anni sono assai numerose. Basti pensare che è stato dimostrato che alcune malattie hanno una causa microbica insospettata, come l'ulcera peptica e... Sono stati scoperti parecchi nuovi microrganismi, oltre naturalmente l'HIV, come Bartonelle, Borrelie, Ehrlichiae, Hantaan virus ed altri ancora, tutti causa di malattie nell'uomo. I nostri Congressi hanno sempre più spesso sessioni dedicate a Malattie Infettive emergenti. Inoltre i Microbi stanno riacquisendo importanza come causa di malattia anche perché sono sempre più numerosi i pazienti immunodepressi, per esempio i trapiantati, i soggetti in trattamento chemioterapico, gli anziani, ecc.

Restiamo affascinate dalla vostra struttura guardandola dall'esterno, potrebbe descriverla brevemente?

La nuova struttura a mio parere è piuttosto bella anche come architettura. Con i suoi grandi oblò fa pensare ad una nave ed è inserita in un contesto ambientale di verde assai gradevole. Molto sinteticamente al 1° piano è ubicata la degenza ed al piano terra tutti gli altri servizi. La degenza, che è “la parte più pregiata” della struttura, ha stanze ad 1 o 2 letti con climatizzazione; 6 stanze sono state attrezzate per l'isolamento respiratorio. Ogni stanza ha il bagno ed una zona filtro con lavandino ed un armadio per il materiale. L'igiene ambientale può essere garantita ed il comfort dei pazienti è ottimale, le stanze sono assai ben arredate. C'è inoltre un ampio soggiorno, particolarmente arioso e soleggiato, d'altra parte Malattie Infettive ed Isolamento non sono affatto sinonimi.

Al piano terra sono situati gli ambulatori, il Day - Hospital, una Radiologia essenziale, gli studi medici e la biblioteca, una zona atrio - accettazione molto ampia e gli spogliatoi per il personale.

Potrebbe illustrare i vantaggi logistici, organizzativi, per il personale medico, per l'attività di degenza, per l'attività di DH e DS e ambulatoriale e di percorso per l'utenza.

La struttura consente un'adeguata separazione dei percorsi del

personale, dei pazienti, dei visitatori e del materiale. Il ricevimento del materiale pulito ed il ritiro del materiale sporco seguono percorsi ben distinti ed hanno anche ascensori separati.



Il personale ha a disposizione spazi ampi e confortevoli. Gli studi consentono a tutti i medici di avere almeno una scrivania, abbiamo una bella sala riunioni e biblioteca.

Al piano di degenza è disponibile una medicazione e le ampie stanze di degenza consentono agli operatori di lavorare più comodamente, riducendo anche il rischio di incidenti occupazionali. Le attrezzature per l'eventuale intervento in emergenza sono state concentrate in un unico locale e possono essere immediatamente trasportate al letto del paziente in caso di necessità. Il Day – Hospital è ubicato al piano terra, ha 4 stanze ed 8 posti letto.

Questa è l'unica zona realmente sovradimensionata della struttura. Attualmente utilizziamo 5 posti letto e probabilmente dall'anno prossimo 4 saranno sufficienti. Per gli ambulatori vale lo stesso discorso della degenza; ampia disponibilità di spazi, maggiore comodità e sicurezza sul lavoro per gli operatori, accessibilità delle attrezzature.

E' possibile garantire che una parte degli ambulatori, separata e confortevole, sia riservata agli utenti dell'ambulatorio HIV ed in più corrispondere ad una richiesta che da tempo veniva avanti da parte dei nostri clienti, cioè avere un accesso "ancora più riservato" sia per i prelievi che per la visita medica. Il percorso per i visitatori è stato particolarmente curato; sono possibili sia l'isolamento stretto che l'ingresso nella camera di degenza a seconda del tipo di ricoverati e delle necessità.

I visitatori accedono comunque alla degenza attraverso una zona filtro; le camere ad 1 letto sono dotate di parlatoio con interfono per cui i pazienti possono essere tenuti in isolamento stretto, quando è necessario, riducendo tuttavia notevolmente il trauma dovuto all'isolamento sociale.

Al piano terra è disponibile un locale per i volontari delle Associazioni che lavorano a contatto con gli operatori del reparto e dell'ASL nell'ambito di un programma di collaborazione molto interessante.

Esistono anche degli svantaggi? Quali?

Gli svantaggi sono essenzialmente due. Uno è di tipo strettamente strutturale e deriva dalla stessa impostazione della Legge 135/90 che ha portato al mantenimento di edifici per Malattie Infettive separati dal corpo centrale dell'ospedale.

Di conseguenza gli spostamenti degli operatori e soprattutto dei pazienti sono più difficoltosi e costringono ad un continuo impiego di ambulanze e ad un allungamento dei tempi. In fase di realizzazione del progetto edilizio è stata aggiunta una piccola sala radiologica che consente di eseguire in loco le radiografie più semplici, ma il problema naturalmente rimane.

Il secondo svantaggio è in parte strutturale ed in parte gestionale. L'edificio ha molti accessi, uscite e vie di fuga; alcune sono controllate da telecamere o dotate di interfono ed apertura a distanza, altre non sono sorve-



gliate. Questo espone al rischio di trovare in reparto "ospiti non previsti", rischio peraltro presente in tutto l'ospedale, ma soprattutto di ritardare il ricevimento di pazienti poiché chi deve aprire la porta, cioè il personale di assistenza, può essere impegnato con i ricoverati. Anche questo problema, al quale si sta lavorando, resta di difficile soluzione.

Un Suo commento personale sarebbe molto gradito.

Ritengo che il nuovo reparto sia il più bello della Regione e garantisca ai pazienti un livello di comfort difficilmente raggiungibile. Personalmente sono anche molto soddisfatto della competenza di tutti gli operatori, medici, infermieri ed OTA. La nostra équipe è molto motivata, ma qui mi fermo perché il giudizio su di noi spetta a tutti coloro con i quali collaboriamo ed in primo luogo ai pazienti.



Abbiamo posto alla caposala e agli infermieri alcune domande:

Senti che si realizza appieno la professione infermieristica in una realtà come questa?

La realizzazione della nostra professione non è fondamentale legata alla struttura in cui lavoriamo.

La nostra professionalità però, se prima poteva essere in parte oscurata da una struttura non adeguata alle esigenze moderne, ora trova pieno sviluppo e inoltre rappresenta uno stimolo, un incentivo al miglioramento.

La nuova struttura influenza l'organizzazione del lavoro? In quale modo?

L'organizzazione del lavoro è legata alla disponibilità e disposizione delle risorse ambientali e la nuova struttura, essendo molto più grande, ha comportato un aumento dei percorsi "bisogna camminare molto", nonostante le camere di degenza siano ben organizzate e vi siano arredi molto funzionali. Anche la segreteria, più spaziosa e luminosa, aiuta ad avere tutto il materiale cartaceo a portata di mano evitando così sprechi di risorse.

I vostri pazienti si sentono seguiti meglio rispetto all'assistenza infermieristica erogata nella precedente Unità Operativa?

Al momento della dimissione, precisa il segretario, ricevo gli elogi per il personale, per la loro disponibilità e tempestività nelle prestazioni erogate e la nuova struttura, con i suoi comfort, aiuta a rendere la degenza più serena. Gli infermieri lo hanno chiesto ad alcuni "affezionati clienti" i quali hanno riferito che nel vecchio reparto si sentivano molto più a loro agio anche se la modalità di assistenza è sempre la stessa.

Volete aggiungere altro?

Il reparto infettivi "funziona", c'è solidarietà fra operatori, professionalità e serietà con i pazienti e la nuova struttura messa a nostra disposizione offre la possibilità di farlo trasparire meglio.

di Catia Colli
Poliambulatori



Ambulatorio antifumo

Nell'ambito del Progetto regionale tabagismo (DGR 26.5.99 n°785), l'Unità Operativa di Pneumologia in collaborazione stretta con la Direzione Sanitaria, ha realizzato un Centro Antifumo di cui il Dr. Toffanetti Roberto dell'Unità Operativa pneumologica è responsabile.

L'attività del Centro è rivolta sia ai pazienti esterni che al personale dipendente dell'Arcispedale S. Maria Nuova.

In questa comunicazione vogliamo informare il personale dipendente del programma delle attività rivolte all'interno dell'Azienda.

Il Centro Antifumo vuole essere un punto di appoggio e informazione per tutti i dipendenti per fornire consigli sulle possibilità esistenti in provincia, per combattere questa grave di-

pendenza.

In ogni Unità Operativa si dovrà individuare un dipendente che sia interessato a divenire educatore verso il problema fumo e che possa formare una rete qualificata all'intervento educativo sia verso l'utente che verso il dipendente.

Formata questa rete (vi sarà anche un aggiornamento in Regione per questi "accertatori", gestito dai responsabili del Progetto tabagismo regionale) e con la collaborazione di tutti i dipendenti si dovrà gradualmente arrivare ad un "Ospedale libero dal fumo".

Tra gli operatori sanitari già da anni esistono volontari, che a vari titoli, si sono impegnati per migliorare questo importante aspetto di un Ospedale che voglia essere promotore di salute, non solo luogo di cura altamente qualificato.



Una "Task force" di operatori che si interessa al problema fumo è presente e attiva da tempo, nella nostra Azienda e attraverso la collaborazione con L'Associazione "Vittorio Lodi" e la Lega contro i tumori sono già state eseguite azioni visibili nella giornata mondiale contro il fumo del '99 e del 2000.

Il Centro antifumo auspica di poter divenire un valido punto di raccordo e organizzazione fra la Regione e la nostra Azienda, facendo parte di una rete che Provincia per Provincia si sta formando.

Per appuntamenti ci si può rivolgere alla Fisiopatologia Respiratoria telefonando al 6577 dalle 8 alle 13,30.

Roberto Toffanetti

Dirigente I° livello

Unità Operativa di Pneumologia



Chirurgia della mano

Presso il CTO (Centro Traumatologico Ortopedico) di Firenze dal novembre 1999 al marzo 2000 si è svolto il I Corso nazionale di formazione in chirurgia della mano.

Tale corso, che è stato organizzato in 15 sessioni (3 per ogni seduta mensile), è stato patrocinato dalla Società Italiana di Chirurgia della mano ed è stato magistralmente diretto dal Prof. Ceruso. Scopo fondamentale del Corso era quello di aggiornare un numero limitato di medici, già specialisti in Ortopedia o in Chirurgia plastica, alle moderne tecniche diagnostiche e chirurgiche colmando in tal modo l'attuale mancanza di una Scuola di specializzazione in Chirurgia della Mano, non più riconosciuta a livello Europeo come specializzazione autonoma.

Le lezioni impartite non sono state solo teoriche, ma anche e soprattutto pratiche: alla fine di ogni seduta c'era un Workshop durante il quale gli allievi potevano cimentarsi sotto la guida degli insegnanti nelle tecniche apprese poco prima. Gli argomenti trattati erano molteplici, data la vastità della patologia della mano:

- ✓ traumi della mano e del polso (fratture e lussazioni e le loro sequele come rigidità articolari; lesioni tendinee dei flessori e degli estensori; amputazioni apicali digitali e perdite di sostanza cutanee, tendinee ed ossee),
- ✓ patologie articolari infiammatorie e degenerative (artrite reumatoide ed artrosi) e loro terapia chirurgica (artrodesi, artroprotesi di silicone, artroprotesi di polso e di gomito, ecc.),
- ✓ morbo di Dupuytren,
- ✓ malattie e lesioni dei nervi periferici

(sindromi canalicolari, microchirurgia del sistema nervoso periferico, lesioni del plesso brachiale) compreso il trattamento chirurgico degli esiti delle paralisi nervose centrali e periferiche dell'arto superiore.

- ✓ microchirurgia ricostruttiva (reimpianti, innesti microvascolari, ricostruzioni digitali e articolari, ecc.),
- ✓ deformità congenite e tumori.

Gli insegnanti sono stati scelti tra i migliori esperti italiani in Chirurgia della mano.

Per alcuni argomenti particolari sono intervenuti alcuni docenti stranieri; particolarmente interessante è stato



le relative problematiche non solo chirurgiche ma anche umane ed etiche.

Il confronto con tanti e tali insegnanti è risultato molto istruttivo e le esperienze che abbiamo maturato ci spronano a migliorare sempre più la nostra attività.

A tal proposito desideriamo ricordare come **gli interventi di Chirurgia della mano praticati nella Divisione di Ortopedia costituiscono una grossa percentuale di tutti gli interventi e per soddisfare la crescente richiesta di queste prestazioni tra pochi mesi presso il Poliambulatorio verrà aperto un servizio specialistico di Chirurgia della mano, dove potranno liberamente affluire i pazienti**

inviati dal Medico di Base e prenotati presso il CUP.

Sandro Reverberi

Dirigente I° livello

Unità Operativa di Ortopedia



l'incontro con il prof. Hernandez che ha illustrato la sua tecnica personale nell'osteosintesi delle fratture del radio distale.

A chiusura del Corso il Prof. Lanzetta ha presentato la sua esperienza nel primo trapianto mondiale di mano, con

Continua la pubblicazione di esperienze di formazione svolte presso realtà dalle quali si ritiene di poter imparare: le cosiddette frequenze presenti nei piani di formazione di diverse U.O.

E' forte l'invito a tutti coloro che hanno effettuato frequenze, ritenute particolarmente significative, di far conoscere, anche attraverso un breve articolo, gli aspetti più significativi dell'esperienza vissuta. Ciò che il singolo o il piccolo gruppo apprende attraverso il confronto con altre realtà, è un contributo ancora più prezioso quando è condiviso.

La Redazione

Infezioni Ospedaliere in ambito chirurgico

L'attività di prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere nell'Azienda S. Maria N. è ormai da tempo un impegno consolidato e rilevante. Tale attività avendo sicuramente una valenza di ordine etico-professionale che consiste nell'operare sempre più in sicurezza sia per il paziente che per l'operatore, ha anche implicazioni di ordine normativo ed economico. Infatti sia il Piano Sanitario Nazionale che Regionale pongono una particolare enfasi sulla riduzione delle Infezioni Ospedaliere le quali, è ampiamente dimostrato, aumentano in maniera sensibile i costi dell'assistenza.

Un programma di prevenzione e controllo delle Infezioni Ospedaliere è costituito da una pluralità di interventi e per risultare efficace, non può ridursi a semplici provvedimenti amministrativi o in attività sporadiche e non pianificate.

Proprio rispondendo a questa esigenza, l'Azienda Ospedaliera ha accolto con interesse il progetto messo a punto dal gruppo regionale delle Infermiere addette al controllo delle Infezioni (I.C.I.) con il contributo importante dell'Istituto Superiore di Sanità avente per oggetto lo studio dell'incidenza delle Infezioni Ospedaliere in ambito chirurgico.

Le sole infezioni ospedaliere della ferita chirurgica rappresentano in Italia mediamente il 20% di tutte le infezioni ospedaliere che complessivamente interessano il 5-10% dei ricoverati.

Lo studio, attualmente in fase avanzata di realizzazione presso l'Azienda S. Maria N., consiste in un'indagine prospettica della durata di un mese che interessa tutti i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico.

Nel protocollo condiviso da tutti gli ospedali della Regione che hanno aderito allo studio, sono indicati i criteri di inclusione della popolazione in studio: reparti sede di indagine, tipologia degli interventi, caratteristiche delle infezioni insorte durante il ricovero e nel follow-up, descrizione

delle procedure ed ogni altro elemento che completa la descrizione del paziente reclutato.

Nella conduzione dello studio l'Azienda S. Maria Nuova ha scelto di coinvolgere attivamente gli operatori delle UU.OO. individuate come sede d'indagine al fine di realizzare un'esperienza condivisa di crescita culturale accanto alla necessità di rilevare dati di interesse epidemiologico.

Pertanto accanto al gruppo di coordinamento presso la Direzione Sanitaria, sono operativi in tutte le UU.OO. chirurgiche referenti sia infermieri che medici ai quali è stato affidato un compito rilevante nella realizzazione dello studio. (tab. 1)

Certamente i risultati finali dell'indagine, non appena elaborati a livello regionale, saranno occasione di confronto ed approfondimento per tutti gli operatori professionali interessati, ma almeno due considerazioni è possibile già farle a studio in corso.

La prima nasce dall'aver verificato la disponibilità e l'impegno di tanti operatori a farsi carico di una esperienza di ricerca epidemiologica che sicuramente richiede un plus di lavoro ma che offre un contributo importante alla conoscenza dell'attività dell'ospedale con dati oggettivi, standardizzati e confrontabili. La seconda è l'aver trovato ulteriore conferma che la

sorveglianza delle infezioni ospedaliere richiede il coinvolgimento di molti soggetti operanti nell'ospedale, ciascuno per le sue competenze e responsabilità ma tutti impegnati in un unico obiettivo condiviso: il Comitato per le Infezioni Ospedaliere, la Direzione Sanitaria con personale dedicato, il Laboratorio di Microbiologia, i Referenti delle UU.OO. specificamente preparati.

Tutto ciò incoraggia a continuare nei programmi di prevenzione e controllo delle Infezioni Ospedaliere anche attraverso la Sorveglianza attiva per assicurare una sempre più alta qualità dell'assistenza che è interesse di tutti: pazienti, operatori, dirigenti.

di Sandra Davoli
Ufficio Epidemiologico
Filomena Marseglia
Direzione Medica

Tab. 1

UNITA' OPERATIVE CHIRURGICHE REFERENTI MEDICI ED INFERMIERISTICI COINVOLTI NELLO STUDIO DI INCIDENZA

N.	UNITA' OPERATIVA	REFERENTE MEDICO
1	CHIRURGIA 1°	Dr. PAVARINI
2	CHIRURGIA 2°	Dr. GIUNTA
3	CHIRURGIA VASC.	Dr. TUSINI
4	CHIRURGIA TOR.	Dr. FERRARI G.
5	UROLOGIA	Dr. IEZZI L. Dr. MARTINO
6	OCULISTICA	Dr. GIGLIOLI/ ANTONIONI
7	OTORINO	Dr. PEDRONI C.
8	ORTOPEDIA	Dr. DALL'AGLIO S.
9	OST./GINEC. 1°	Dr. GUALDI
10	OST./GINEC. 2°	Dr. CIARLINI
		REFERENTE INFERMIERISTICO
1	CHIRURGIA 1°	GUATTERI ROMANO
2	CHIRURGIA 2°	IACCHERI T. / GIGLIOLI L.
3	CHIRURGIA VASC.	GHERPELLI MAURA
4	CHIRURGIA TOR.	BETTUZZI GIOVANNI
5	UROLOGIA	CAROLI ROBERTO
6	OCULISTICA	TEDALDI B. / LIGABUE P.
7	OTORINO	FIORAVANTI P. / ROSSI M.
8	ORTOPEDIA	DE BIASI V. / CROCI E.
9	OSTETRICIA 1°/2°	CAMPOLI DANIELA
10	GINECOL. 1°/2°	SANTI SUSANNA
11	ROOM CHIRURGIE	CONTI PAOLA
12	ROOM ORTOPEDIA	FANTUZZI G. / SIMONAZZI
13	DEGENZA BREVE	TIANO MARIA
14	POLIAMBULATORI	NATOLI R. / BELFIORI L.

La sicurezza entra in corsia



PREVENZIONE E GESTIONE DELL'EMERGENZA INCENDIO

Buona partecipazione degli operatori, dal mese di aprile a giugno, nei primi dodici incontri specifici portati ai diversi piani del nostro S. Maria Nuova: sono estese ai preposti di ogni Unità Operativa le istruzioni essenziali del Piano di Emergenza Interno; gli incontri proseguiranno fino a settembre.

In questa occasione viene consegnato ad ogni reparto un manuale di regole di comportamento per contenere il rischio d'incendio:

- ✓ fumo vietato,
- ✓ depositi di materiali e di rifiuti sotto controllo,
- ✓ sorveglianza dei presidi antincendio, manutenzione coordinata e periodica,
- ✓ conoscenza dei percorsi di fuga e di evacuazione,
- ✓ diffusione e precisazione delle procedure preventive e delle istruzioni di allarme, intervento, evacuazione a tutti gli operatori.

Gli incontri sono condotti da Giovanni Guatelli R.S.P.P. e da ing. Paolo Montermini, collaboratore sul tema prevenzione incendi.

In parallelo si sono svolti i corsi base con i Vigili del Fuoco, sette gruppi per 150 persone, che si sommano ad altrettante istruite nel 1998.



Da sx a dx: esercitazioni antincendio

AUSILI ALLA MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI PAZIENTI

Stiamo sperimentando in questi giorni gli ultimi modelli di apparecchiature elettromeccaniche, "sollevalpazienti", per bandire la gara che doterà di tali ausili alcune Unità Operative, al fine di incidere sugli infortuni da carico e sulla probabilità di patologie dell'apparato mio-osteo-articolare. La mappa che valuta l'importanza del rischio professionale è stata definita nei diversi reparti dell'azienda ospedaliera, parametrata dai fattori

- ✓ carico assistenziale indotto dalla presenza di pazienti non autosufficienti,
- ✓ tipo/grado di disabilità motoria,
- ✓ aspetti strutturali degli ambienti di lavoro e di degenza,
- ✓ attrezzature in dotazione,
- ✓ formazione degli operatori.

di Giovanni Guatelli

Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione



Sollevatori

Le Suore

lasciano l'Ospedale

Le “nostre” Suore ci lasciano: era un timore e una percezione che avevamo ormai da alcuni anni e all'incirca 2 mesi or sono ci è stato preannunciato definitivamente che era stata presa la decisione di richiamarle alla Casa Madre.

Non era più possibile garantire una presenza numericamente adeguata per carenza di vocazioni nonostante le reiterate richieste della nostra Azienda di assegnare ulteriori e nuove figure religiose.

E' con sincero e reale dispiacere che l'Ospedale si commiata da queste presenze storiche; tutti coloro che ne hanno apprezzato la grande esperienza professionale, autorevolezza, il totale e assoluto impegno, l'alta e ineguagliabile dignità morale si congedano a malincuore consapevoli che un'“epoca storica” è finita.

Il saluto formale della Direzione dell'Ospedale è avvenuto in occasione di una cerimonia religiosa officiata il 6 giugno da Monsignor Fontana, Vicario Episcopale per la Vita Consacrata e da Padre Mario Cappucci, Vicario Episcopale per la Pastorale della



Salute in un'atmosfera di solennità, emozione e con momenti di reale commozione per i numerosi operatori presenti che gremivano la Chiesa dell'Ospedale.

Il loro ingresso presso la struttura ospedaliera, allora di Via Dante, risale al 1907 quando venne stipulata una convenzione con la Congrega-

zione delle Ancelle della Carità di Brescia.

Da allora sono sempre state presenti con un impegno che, in un primo tempo, era rivolto alle sole donne malate e successivamente anche agli ammalati di sesso maschile per funzioni assistenziali adeguate e conformi al loro stato di religiose.

Nel 1929 erano presenti nella struttura ospedaliera 45 suore e molte di esse erano in possesso del diploma di stato di infermiere generico.

Gli Ospedali di allora chiamano le religiose presso le loro strutture sicuramente per motivi di moralità a rigore disciplinare ma anche per convenienza economica: erano istruite, adeguate rispetto alle funzioni assistenziali con forte spirito umanitario e di dedizione.

Il personale laico era subordinato al personale religioso che esercitava anche funzioni di vigilanza.

Nell'ultimo periodo bellico si sono distinte, con il personale infermiere laico, per l'opera instancabile in situazioni di grave pericolo per assistere degenti e anche rifugiati.

Il loro numero dopo gli anni 60 ha cominciato a ridimensionarsi via via, ma una buona quantità rimanevano con funzioni di capo sala; nel 1978 le



1967: posa prima pietra della Chiesa dell'ospedale

suore in servizio sono 20 di cui 8 capo sala; la loro posizione giuridica è parificata a quella del personale dipendente.

Nei decenni successivi il numero delle religiose progressivamente cala: le consorelle di età avanzata non vengono sostituite se non in minima parte e alcune vengono collocate in altre sedi ospedaliere.

Negli ultimi tempi nei servizi di assistenza del "Santa Maria Nuova", com'è a tutti noi noto, ne erano rimaste 3: Suor Luigia, da quasi quarant'anni efficiente ed amatissima capo sala prima della Chirurgia 2^a e poi dell'Endoscopia, Suor Carla presente da quattro anni presso la Divisione di Malattie Infettive in un momento di grandi cambiamenti per quella Unità Operativa, Suor Gabriella sempre in Dermatologia, sorridente, espansiva, disponibile.

E' un fenomeno quello che noi stiamo vivendo nel nostro Ospedale che riguarda altre realtà sanitarie d'Italia e in breve tempo tutti i grandi Ospedali non potranno più contare sulla

presenza instancabile, generosa di questo personale che ha segnato un'epoca, che seguiva nella condotta di vita e professionale gli ideali e gli insegnamenti tracciati dalla loro fondatrice una bresciana Maria Croci-



1968: festa del malato



fissa di Rosa poi divenuta Santa: donna molto concreta di forti decisioni con ideali che, per il XIX secolo, sembravano irrealizzabili, fondatrice nella prima metà dell'800 dell'Istituto

delle Ancelle della Carità, con grandi aspirazioni realizzate in tempi molto limitati.

Credo che molte parole bisognerebbe dedicarle ad ognuna di loro, con particolare attenzione

ad alcune figure che hanno scritto alcuni passi di storia del nostro ospedale "Santa Maria Nuova" dalla sede in Via Dante al "Santa Maria Nuova" attuale: un ricordo indelebile ri-

marrà in tutti noi che le abbiamo conosciute e ne abbiamo apprezzato la serenità, la dedizione assoluta ai bisogni del malato monito ed esempio ineguagliabile per tutti coloro che lavoravano vicino a loro: artefici di un equilibrio e di situazioni armoniose che nei nostri ambienti sono difficili da creare. Sempre protagoniste con naturalezza e serenità in un clima di partecipazione comunicativa, di "umanizzazione" che costantemente deve essere ricercata nei nostri ambiti dove le persone soffrono fisicamente e psicologicamente

e dove le tecnologie sofisticate, indispensabile supporto per un ospedale moderno, hanno bisogno non solo di forza-lavoro efficiente ma di "cuore-lavoro".

Mi piace ricordare e riportare alla memoria di tutti una foto molto significativa dove appare la facciata rigorosa, essenziale del nostro Arcispedale e sulla porta, minuta esile, una suorina (Suor Evarista), il capo leggermente reclinato in un atteggiamento che è l'emblema del loro modo di proporsi con umiltà, con spirito costante di solidarietà a sostenere chi ha bisogno anche solo con un gesto, uno sguardo comprensivo.

Iva Manghi
Direttore Sanitario



Nuova Normativa sui congedi parentali, di maternità e di paternità



Legge 53/2000 in vigore dal 28.03.2000

Con la legge in oggetto sono state introdotte numerose innovazioni in tema di congedi parentali, di congedi per maternità/paternità e nei casi di adozione/affidamento di minori.

La materia sinora è stata regolata prevalentemente dalla legge 1204/1971 (per la tutela delle lavoratrici madri) e dalle leggi n. 903 del 9.12.1977 e n. 476/1998 (per le adozioni).

Tuttavia una nuova disciplina si è resa necessaria per adeguare il nostro ordinamento a quello della Comunità Europea e al fine di conseguire un equilibrio tra il tempo dedicato al lavoro, la cura dei figli, la formazione e le relazioni sociali.

Le nuove norme si applicano anche in caso di figli nati prima dell'entrata in vigore della legge, entro i limiti di età di volta in volta precisati.

Glossario dei termini utilizzati nel testo:

☛ **congedo per maternità:** si intende il periodo di astensione obbligatoria dal lavoro di mesi cinque di cui usufruisce la madre, fatti salvi periodi superiori autorizzati dall'Ispettorato del Lavoro per motivi di salute della lavoratrice o per rischi inerenti l'ambiente di lavoro;

☛ **congedo di paternità:** si intende il periodo di astensione obbligatoria dal lavoro di cui può usufruire il padre, in determinate situazioni, dopo la nascita del bambino e per mesi tre;

☛ **congedo parentale:** si intende il periodo di astensione facoltativa di cui possono usufruire sia la madre che il padre (trattasi di un diritto autonomo di ciascuno dei genitori) per un periodo che non può complessivamente eccedere i 10 mesi, elevabili a 11 in una situazione specifica che verrà indicata.

Le principali innovazioni della legge n. 53/2000 riguardano:

a) per quanto concerne il congedo di maternità

L'astensione obbligatoria dal lavoro rimane fissata in cinque mesi ma, mentre in precedenza la dipendente doveva assentarsi forzatamente due mesi prima della data presunta del parto e tre mesi dopo la data effettiva, ora è stata introdotta una maggiore flessibilità in quanto la dipendente può assentarsi dal lavoro un mese prima e quattro mesi dopo il parto (a condizione che venga presentata una specifica certificazione medica che attesti che il lavoro non arreca pregiudizio alla gestante e al nascituro). Vi sono tuttavia dubbi sulla immediata applicazione di questa disposizione in carenza dello specifico decreto contenente l'elenco dei lavori pericolosi e insalubri per i quali detta flessibilità va esclusa.

Molto interessante, inoltre, è la possibilità prevista dall'art. 10 di sostituire la dipendente in congedo per gravidanza un mese prima dell'effettiva assenza dal servizio: tale disposizione potrà comportare maggiori oneri per l'Azienda ma consentirà di assicurare nelle situazioni più delicate, caratterizzate da mansioni molto specifiche e quasi esclusive, quel passaggio di consegne che finora è mancato.

b) Per quanto concerne il congedo di paternità

L'astensione obbligatoria dal lavoro può essere richiesta anche dal padre nei primi tre mesi di vita del bambino nei seguenti casi specifici: morte o grave infermità della madre, abbandono o affidamento esclusivo del bambino al padre. In detti casi viene estesa al padre, fino ad un anno di vita del bambino la stessa tutela prevista per la madre lavoratrice (diritto alla conservazione del posto e divieto di licenziamento).

c) Per quanto concerne i congedi parentali

In precedenza, l'astensione facoltativa dal lavoro era limitata al primo anno di vita del bambino. Ora, la nuova normativa sui congedi parentali consente di estendere tale diritto fino al compimento dell'ottavo anno del bambino, con le seguenti modalità:

- ✓ il periodo massimo concedibile ai genitori nel loro insieme è di dieci mesi, elevabile a undici mesi in caso che il padre chieda almeno 3 mesi di astensione, misura questa con la quale si è inteso incentivare l'impegno del padre in seno alla famiglia,
- ✓ il periodo massimo usufruibile dalla madre è di 6 mesi (elevabile a 10 se vi è un solo genitore),
- ✓ il periodo massimo per il padre è di 6 mesi (elevabile a 7 se usufruisce del bonus di cui sopra o a 10 se vi è un solo genitore).

Nella precedente normativa l'aspettativa facoltativa per il padre era riconosciuta solo in caso di rinuncia della madre mentre ora ciascun genitore ha diritti autonomi. I periodi di cui sopra sono computati nell'anzianità di servizio esclusi gli effetti relativi alle ferie e alla 13^a mensilità. Dal punto di vista retributivo va precisato che, fino a 3 anni del bambino, potranno essere retribuiti al 30% solo sei dei dieci mesi richiedibili complessivamente dai genitori. Nel periodo successivo e fino agli 8 anni del bambino la retribuzione è pari al 30% a condizione che il reddito individuale dell'interessato sia inferiore a 2,5 volte l'importo del trattamento minimo di pensione a carico dell'assicurazione generale obbligatoria.



Malattia del bambino

Non vi sono variazioni rispetto alla normativa previgente fino ai 3 anni di età del bambino mentre dai 3 agli 8 anni ciascun genitore, alternativamente, ha diritto a 5 giorni lavorativi all'anno senza retribuzione.

CASI SPECIFICI

PARTO PREMATURO

In precedenza, in caso di parto prematuro, la madre non aveva la possibilità di usufruire dell'intero periodo di mesi cinque previsto per l'astensione obbligatoria in quanto usufruiva solo parzialmente dei due mesi preparto e per intero dei tre mesi postparto. Ora la nuova legge, allo scopo di assicurare una adeguata tutela della madre e del bambino, consente di aggiungere i giorni non goduti per effetto del parto prematuro, al periodo di astensione obbligatoria dopo il parto in modo da far sì che per tutte le lavoratrici il periodo di astensione obbligatoria dal lavoro sia di cinque mesi effettivi. Unico adempimento richiesto è la produzione da parte della madre entro 30 giorni dal parto del certificato di nascita del bambino (o dichiarazione sostitutiva).

PARTO GEMELLARE O PLURIGEMELLARE

Le novità riguardano il riposo giornaliero che risulta ora raddoppiato in termini di ore per cui se la dipendente aveva titolo a un'ora (per orario di lavoro inferiore alle sei ore) si passa a due, e se aveva titolo a 2 ore (per orario di lavoro fino a 6 ore) si passa a quattro e ciò indipendentemente al numero dei gemelli. Inoltre, le ore di permesso aggiuntive possono essere utilizzate anche dal padre (fermo restando il totale delle 2 o 4 ore usufruibili).

CASI DI ADOZIONE E AFFIDAMENTO

Si afferma che i genitori adottivi o affidatari hanno gli stessi diritti, tutele e opportunità dei genitori naturali. Ciò che cambia è la decorrenza dei benefici in quanto nel caso di adozione/affidamento si prende come riferimento la data di ingresso del bimbo nel nucleo familiare. Diversa inoltre l'età massima dei figli presa

come riferimento che arriva a 12 anni, contro gli 8 anni previsti per i figli naturali.

L'astensione obbligatoria per maternità si applica nei primi 3 mesi dall'ingresso del bimbo in famiglia, come già previsto dall'art. 6 della Legge 903/1977, mentre è possibile usufruire dei congedi parentali per i primi 3 anni dall'adozione.

CONGEDI PER LA FORMAZIONE DEI LAVORATORI

I lavoratori dipendenti con almeno cinque anni di servizio presso la stessa Azienda, hanno la possibilità di usufruire di congedi non retribuiti per la formazione per un periodo non superiore agli undici mesi (continuativi o frazionati) nell'intera vita lavorativa ed è finalizzato prevalentemente al completamento della scuola dell'obbligo, al conseguimento del titolo di studio di secondo grado, del diploma universitario o di laurea. Il periodo di congedo non è computabile nell'anzianità di servizio ma è possibile renderlo pensionabile con il riscatto o con il versamento volontario dei contributi.

I contratti collettivi prevedono le modalità di fruizione e le percentuali massime di lavoratori che possono avvalersene.

ALCUNE IMPLICAZIONI PER LE AZIENDE E GLI ADEMPIMENTI A CARICO DEL SERVIZIO PERSONALE

L'elevazione del limite di età del bambino da 3 a 8 anni per poter richiedere i congedi parentali e l'estensione a entrambi i genitori della possibilità di usufruire, anche contemporaneamente, di alcuni benefici introdotti dalla legge n. 53/2000 pone indubbiamente qualche adempimento in più per i funzionari del Servizio Gestione del Personale che dovranno organizzarsi per monitorare, per tutti gli otto anni di vita del bambino, i periodi di congedo/permesso già goduti, e richiedibili anche in modo frazionato, al fine di poter valutare tempestivamente la possibilità di accogliere o meno le richieste pervenute. In alcuni casi potranno esservi poi delle sovrapposizioni di benefici, tenuto conto che prima del compimento degli otto anni di vita del bambi-

no, possono nascere altri figli che faranno scattare, a loro volta, il diritto dei genitori a richiedere altri periodi di congedo.

Inoltre, dal punto di vista amministrativo, ciò che crea qualche preoccupazione, è il fatto di dover tenere conto di tutti questi aspetti in anni in cui è notevolmente cresciuto il numero di coloro che si trasferiscono da un'Azienda a un'altra, sia a seguito espletamento di pubblici concorsi che per mobilità, ponendosi pertanto la necessità di acquisire, presso gli enti di provenienza sia del padre che della madre, e per ben otto anni, informazioni circa i periodi di congedo/permesso già goduti al fine di valutare il diritto del dipendente ad usufruire dei relativi benefici.

Certamente un aiuto in tal senso verrà fornito dalla normativa emanata negli anni '90 in merito alle dichiarazioni sostitutive e all'autocertificazione (le cosiddette Leggi Bassanini) a cui dovranno comunque seguire, a cura del Servizio Personale, dei controlli a campione per accertare la veridicità di quanto dichiarato dai dipendenti in sede di presentazione delle richieste.

Altro aspetto di notevole rilievo che potrà comportare problemi a livello sanitario/organizzativo riguarda l'esigenza di contemporaneamente il diritto del dipendente ad usufruire dei congedi/permessi in argomento e quello dell'Azienda di assicurare il regolare funzionamento dei servizi sanitari. Ciò interessa, in particolare, il personale preposto all'assistenza in quanto inserito in turni di servizio e di pronta disponibilità e per il quale risulta indifferibile essere a conoscenza tempestivamente della mancata presenza in servizio.

Per queste problematiche, che rischiano di ripercuotersi negativamente sull'utenza, si confida nella collaborazione e sensibilità dei dipendenti stessi a cui viene chiesto di segnalare al responsabile del servizio, il più tempestivamente possibile (almeno 15 giorni, come previsto dall'art. 3 punto 3 legge 53/2000), i periodi di congedo che intendono richiedere per prevenire eventuali disservizi.

di Liviana Fava

Dirigente Responsabile del Servizio Gestione del Personale

SCRIVERE C Per una madre

R
I
V
E
R
E

Ho conosciuto
Un tipo di amore che
Lega
Una piccola anima in un piccolissimo corpo
E la trattiene
Su questa terra
Ho visto
L'anima crescere nutrita
Da piccole carezze
Intensi sguardi
Timidi sorrisi
Lacrime
Ho udito
Sussurri, dolci note
Che arrivano al cuore
E parlano di amore
Incondizionato
Ho sentito
La forza di questo amore che
Lega i cuori
E li colma di impalpabile
Energia
Vi è forse medicina più grande?

Patrizia Beltrami

NUOVE NOMINE

U
O
V
E
N
O
M
I
N
E



Il Direttore Generale ha attribuito l'incarico quinquennale di Dirigente Medico Responsabile di Struttura COMPLESSA nella Disciplina di Medicina Interna presso la 3^a Unità Operativa a prevalente indirizzo gastroenterologico, al Dott. Giovanni Fornaciari, con decorrenza 12 Giugno 2000.

*Al Dott. Fornaciari
i complimenti della Redazione*

SPECIALE PERSONALE

Sono arrivate le ferie estive!!

Il 1 giugno scorso, la Direzione Aziendale ha siglato un importante accordo con le OOSS del comparto e le RSU in tema di ferie estive e di altri aspetti connessi all'organizzazione del lavoro nelle Unità Operative del S. Maria Nuova. Tale accordo fa ritenere che sia possibile per tutti, in primo luogo Infermieri, OTA, Ausiliari specializzati, ma anche operatori addetti alle assunzioni, trascorrere con la necessaria serenità il periodo estivo.

Il risultato raggiunto è dovuto al fatto che, sia la Direzione che le Organizzazioni dei lavoratori, hanno affrontato tempestivamente e con cognizione di causa le varie problematiche connesse alle ferie estive, pianificando minuziosamente - già dallo scorso mese di aprile - nei diversi incontri che si sono succeduti: le riduzioni di attività, le parziali chiusure e gli accorpamenti di servizi per consentire a tutti i dipendenti la fruizione del congedo ordinario ma, nel contempo, tali non creare disagi per la cittadinanza; i contingenti di personale da collocarsi in ferie nei diversi scaglioni del periodo estivo (1 giugno-30 settembre); la copertura

tempestiva di posti vacanti, le sostituzioni del personale in gravidanza o aspettativa, la predisposizione di nuove graduatorie se esaurite quelle in vigore. Ed ecco, in sintesi, alcuni numeri contenuti nell'accordo:

Infermieri Professionali

52 nomine in ruolo, di cui 30 operatori esterni e 20 operatori già in servizio con incarichi di supplenza (non deve essere sottaciuta l'importanza della stabilizzazione in ruolo di personale precario trattandosi di operatori di cui l'Azienda si assicura la collaborazione per il futuro e che danno notevoli garanzie di continuità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie)

9 nuovi incarichi temporanei in supplenza

OTA e Ausiliari Specializzati

25 nomine in ruolo di OTA (trattasi prevalentemente di stabilizzazione di personale già incaricato)

20 assunzioni a tempo determinato di Ausiliari Specializzati

Ostetriche, Tecnici di Radiologia e di Laboratorio

2 ostetriche a tempo determinato per otto mesi

6 tecnici di radiologia (di cui due per la PET)

1 tecnico di laboratorio a tempo parziale di ruolo (Lab. Genetica)

2 tecnici di laboratorio a tempo determinato (Patologia Clinica)



I provvedimenti adottati, a parere delle parti, sono in grado di assicurare il regolare svolgimento dell'attività assistenziale nell'imminente periodo estivo, tuttavia la situazione verrà costantemente presidiata, sia dal Servizio Infermieristico/Tecnico che dal Servizio Gestione Personale, onde evitare che situazioni improvvise e imprevedibili possano creare disservizi e compromettere quanto programmato.

Nel ringraziare tutti coloro che hanno contribuito affinché le cose potessero evolvere nel migliore dei modi (addetti alle assunzioni, dirigenti SAI e coordinatori del personale infermieristico e tecnico) auguro a tutti Buone vacanze.

di Liviana Fava - Dirigente Responsabile del Servizio Gestione Personale

