



ARCISPEDALE
SANTA MARIA NUOVA
AZIENDA OSPEDALIERA

Notizie

Nuovo Nido per mamme e neonati



2

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. 2
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
Maria Lodovica Fratti
Monica Guberti
Marzia Prandi
Lidia Scalabrini
Luca Scarano

Hanno collaborato a questo numero

Alessandro Bertinelli
Marco Bigliardi
Borgognoni Patrizia
Sergio Bronzoni
Maria Rita Buzzi
Patrizia Copelli
Liviana Fava
Laura Favilli
Debora Formisano
Elisa Gherardi
Marina Iemmi
Maria Paola Lince
Ave Lupi
Lisetta Morani
Barbara Curcio Rubertini
Manuela Salsi
Luca Sircana
Ivana Spaggiari

Progetto Grafico e realizzazione Grafica

Lidia Scalabrini

Le immagini di questo numero sono state realizzate da:

Foto: Servizio di Documentazione
Fotografica Medico-Scientifica

Sede Redazione

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

Stampa

A.T.A. Correggio

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

SOMMARIO

IN PRIMO PIANO

Sviluppi e trasferimenti *pag. 3*
Budget 2000 *pag. 4*
La Direzione incontra il personale *pag. 5*

I SERVIZI RACCONTATI

Trasfusioni: studio di applicazione della procedura *pag. 7*
Un nuovo nido per mamme e neonati *pag. 8*

FORMAZIONE

Visita di studio all'Ospedale di Gerusalemme *pag. 10*
Mano d'opera emozionale *pag. 12*
Curiosando qua e là nella formazione dell'infermiere *pag. 13*

INFORMATICA

C'è posta per te *pag. 14*

MIGLIORAMENTO

Come valutiamo la soddisfazione: risultati e progetti futuri *pag. 16*

SVILUPPI

Donazione organi: una card per registrare la propria volontà *pag. 18*

DAL SERVIZIO INFERMIERISTICO

Gli obiettivi del Servizio Infermieristico *pag. 19*

NOVITA' DAL DIPARTIMENTO ALBERGHIERO

Ristorazione e comfort alberghiero *pag. 21*
Miglioriamo insieme la nostra mensa *pag. 22*

SPECIALE PERSONALE

Accordi Sindacali *pag. 23*
La proroga della validità delle graduatorie di concorso.. *pag. 23*

SCRIVERE

pag. 24

CORSI E CONVEGNI

pag. 24

6 maggio 2000



SKINCANCER DAY

noi per la tua pelle

I DERMATOLOGI

aiutati da

SIDEM Società Italiana di Dermatologia e Venereologia
AODI Associazione Dermatologi Ospedalieri Italiani
AIDA Associazione Italiana Dermatologi Ambulatoriali

e con il patrocinio del Ministero della Sanità
ed il contributo degli
Assessorati Regionali alla Sanità

SI METTONO A TUA DISPOSIZIONE
PER UN ESAME PREVENTIVO
GRATUITO
DEI TUMORI DELLA PELLE.

6 maggio 2000



SKINCANCER DAY

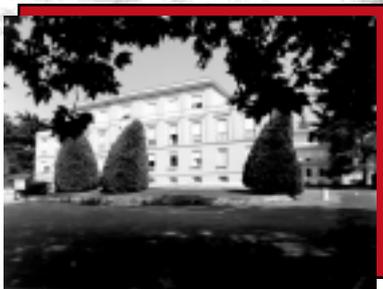
Ricordati che alcuni tumori
della pelle come il melanoma,
l'epitelioma basocellulare,
l'epitelioma spinocellulare
possono essere pericolosi
ma se diagnosticati
precocemente
possono essere eliminati
senza conseguenze.
La miglior terapia è la prevenzione.

Recati con fiducia in uno dei centri
indicati dal tuo Assessorato Regionale
alla Sanità dove troverai
i Dermatologi a tua disposizione.

Sviluppi e trasferimenti

La necessità di continuo adattamento della struttura ospedaliera, degli impianti e delle distribuzioni logistiche alle esigenze dell'utenza, delle nuove tecnologie alle nuove normative, ci impone anche quest'anno di ipotizzare e prevedere trasferimenti, ristrutturazioni e attivazioni di alcuni settori che ci permetteranno di migliorare ulteriormente il servizio erogato.

1. Attivazione del settore dedicato ai pazienti lungodegenti presso l'ala nord del piano rialzato del Padiglione Spallanzani (ex Medicina III settore A).
2. Attivazione del Day Hospital Pneumologico al piano seminterrato della palazzina ex Infettivi.
3. Trasferimento del Servizio di Oncologia al piano 1° della palazzina ex Infettivi.
4. Attivazione del Day Hospital centralizzato del Dipartimento Medico I presso il seminterrato del Padiglione Spallanzani.
5. Attivazione del nuovo blocco ascensori presso l'A.S.M.N. che collegheranno le Sale Operatorie, il Room Chirurgico e il Pronto Soccorso.
6. Ristrutturazione delle Sale Operatorie localizzate al 4° piano dell'A.S.M.N. con miglioramento delle condizioni strutturali e impiantistiche e attivazione di Comparto Operatorio del 2° Dipartimento Chirurgico.
7. Trasferimento del Presidio regionale ad alta specialità per la riabilitazione delle disabilità infantili presso il 1° piano del fabbricato Fisiokinesiterapia.
8. Trasferimento dell'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile presso il 3° piano dell'edificio anteriore A.S.M.N. a fianco dell'Unità Operativa di Pediatria.
9. Progettazione, ristrutturazione e riorganizzazione dei Recovery Room al fine di attivare un settore di assistenza semintensiva post chirurgica.
10. Ristrutturazione del Settore di Neonatologia.



di Luca Sircana
Dirigente Medico Responsabile di Presidio Ospedaliero

Budget 2000



Le due aziende sanitarie della nostra provincia si sono presentate alla concertazione con la Regione per l'anno 2000 con la previsione del pareggio di bilancio a livello provinciale ed a livello di singola azienda e con un accordo di fornitura formalizzato nel documento "Il contributo delle Aziende Sanitarie Pubbliche alla realizzazione del sistema curante. Progetti e integrazione dell'offerta per il 2000 tra AUSL e ASMN". Anche se l'obiettivo del pareggio di bilancio richiederà un'attenzione particolare da parte di tutta la struttura a non superare i costi previsti, si deve comunque sottolineare come questo accordo preveda il riconoscimento economico di tutta l'attività effettivamente erogata ai residenti della provincia di Reggio da parte della nostra Azienda.

In particolare, coerentemente con i contenuti tecnici enunciati nell'accordo per l'anno 2000, l'Azienda USL riconosce alla nostra Azienda un tetto massimo di risorse economiche pari a L.214,8 miliardi, a fronte della fatturazione delle prestazioni rese sulla base delle condizioni previste nell'accordo stesso.

La suddivisione dell'importo globale viene dettagliata di seguito:

- L. 206 miliardi** per il riconoscimento dell'attività da erogare in regime di degenza ordinaria, di DH, ambulatoriale e per le prestazioni di P.S. non seguite da ricovero;
- L. 1,9 miliardi** per i costi da ascrivere alla Centrale Operativa 118;
- L. 0,3 miliardi** per i costi del personale infermieristico Automedicato;
- L. 3,6 miliardi** per la remunerazione delle prestazioni effettuate ai pazienti ricoverati nei Presidi Ospedalieri periferici della Provincia
- L. 1,6 miliardi** per il pagamento dell'attività di medicina trasfusionale compresa la fornitura di sangue;
- L. 1,4 miliardi** per l'attività di screening dei tumori della mammella e cervice uterina.

Le aziende sanitarie della Provincia di Reggio Emilia confermano anche per l'anno 2000 l'impostazione secondo la quale qualora l'effettivo risultato d'esercizio non fosse di pareggio, ma di perdita o di avanzo del sistema provinciale, si procederà al riparto degli stessi tra l'AUSL e l'ASMN in misura proporzionale all'entità complessiva dei bilanci.

Gi obiettivi di produzione previsti nel budget 2000 sono stati negoziati con i Dipartimenti sulla base di tale accordo di fornitura e complessivamente corrispondono ai livelli di produzione effettivamente erogati lo scorso anno. L'assegnazione delle risorse può essere così sintetizzata:

Risorse umane: aumento di 48,5 unità di cui 7 costituiscono turnover o realizzazioni del budget 1999.

Investimenti

Immobili: 42,3 miliardi di cui 32,6 miliardi per ampliamento ASMN, 3 miliardi per Palazzo "Rocca Saporiti e 2,5 miliardi in attuazione del D.L. 626/94.

Attrezzature tecniche: 0,8 miliardi.

Arredi: 0,5 miliardi.

Tecnologie biomediche: 11,5 miliardi di cui 5,3 miliardi per grandi tecnologie (ciclotrone, aggiornamento acceleratore, radiologia digitale).

Informatica: 2,4 miliardi.

A seguito della stesura del Budget d'azienda è stato predisposto il Bilancio Pluriennale per il triennio 2000/2002 ed il Bilancio Preventivo per l'esercizio 2000. In tali documenti la nostra azienda delinea la condizione per raggiungere e mantenere il pareggio di bilancio a partire dall'anno 2000. Ciò ha consentito di prevedere consistenti investimenti nel triennio.

L'elaborazione del bilancio pluriennale tiene conto della programmazione nazionale e regionale, per il triennio interessato non è però ancora stata definita una programmazione a livello locale. Qualora però tale documento contabile non dovesse essere coerente con le linee di sviluppo che nei prossimi mesi verranno tracciate a livello locale si procederà alla conseguente rettifica.

Lo schema del Bilancio Pluriennale per il triennio 2000/2002 può essere così sintetizzata:

CONTO ECONOMICO			
	2000	2001	
A) VALORE DELLA PRODUZIONE			
CONTRIBUTI IN CONTO ESERCIZIO	775.000.000	800.000.000	
PROVENTI E RICAVI DI ESERCIZIO	251.972.000.000	260.300.000.000	2€
CONCORSI, RECUPERI, RIMB. ATTIV. TIPICHE	4.839.500.000	5.000.000.000	
COMPARTICIPAZ. ALLA SPESA X PREST. SAN.	7.500.000.000	7.661.000.000	
COSTI CAPITALIZZATI	5.900.000.000	5.500.000.000	
ALTRI RICAVI	1.115.000.000	600.000.000	
TOTALE A)	272.101.500.000	279.861.000.000	28€
B) COSTI DELLA PRODUZIONE			
ACQUISTI DI BENI	49.428.000.000	51.000.000.000	€
ACQUISTI DI SERVIZI	38.129.500.000	38.550.000.000	€
PERSONALE	156.960.500.000	160.227.000.000	1€
SPESE AMMINISTRATIVE E GENERALI	8.494.000.000	8.500.000.000	
AMMORTAMENTI E SVALUTAZIONI	102.000.000.000	10.760.000.000	1
TOTALE B)	263.212.000.000	269.037.000.000	27
DIFFERENZA FRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	8.889.500.000	10.824.000.000	1
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI	-150.000.000	-164.000.000	
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE	0	0	
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	1.760.000.000		
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	10.499.500.000	10.660.000.000	1
IMPOSTE E TASSE	10.499.500.000	10.660.000.000	1
RISULTATO D' ESERCIZIO	-	-	

di Maria Rita Buzzi - Dirigente Responsabile

Servizio Economia, Finanze e Controllo di Gestione

La Direzione

incontra il personale

La prima settimana di maggio, presso la Sala Convegni del Padiglione Spallanzani si sono svolti tre incontri con il personale dell'Arcispedale Santa Maria Nuova, per aree dipartimentali.

Gli incontri sono stati promossi dal Collegio di Direzione dell'Azienda, composto dalla Direzione Generale e dalle Direzioni Dipartimentali, con l'obiettivo di:

- ✦ informare sulle politiche del personale e di bilancio a breve e medio termine,
- ✦ fare il punto sui piani di investimento in tecnologie, strutture, impianti, informatica e formazione varati nel 2000,
- ✦ avviare un primo confronto in merito agli obiettivi di sviluppo dell'ASMN per i prossimi anni.

Dopo una presentazione a cura della Direzione Generale, gli interventi successivi da parte dei partecipanti e la discussione che ne è seguita, anche con la partecipazione diretta dei Responsabili di Dipartimento, ha fornito importanti elementi di riflessione.



I partecipanti alla terza giornata

La notevole partecipazione (oltre 500 persone complessivamente nei tre incontri) conferma la notevole disponibilità di quanti lavorano al Santa Maria Nuova a partecipare ai processi di rinnovamento e sviluppo del nostro ospedale, ma anche la necessità di trovare nuove e molteplici forme di comunicazione interna, che siano in grado di migliorare l'ascolto reciproco e di mettere a frutto la "vo-

glia di partecipare".

Gli interventi sono stati caratterizzati da un tono costruttivo e si è cercato da parte di tutti gli intervenuti di segnalare aree di miglioramento della nostra organizzazione e dei nostri risultati, sulle quali il collegio di Direzione si è impegnato a ricercare il contributo diretto degli operatori per la messa in opera dei progetti.

Molti interventi infatti hanno sottoli-

FORMAZIONE			
Anni 1999-2000-2001			
Arcispedale S. Maria Nuova			
	Anno 1999	Anno 2000	Anno 2001
Formazione Trasversale	63.062.685	312.950.000	362.000.000
Formazione Dipartimentale	360.430.093	869.590.000	Da definire
Totale	423.492.778	1.182.540.000	

La Direzione Incontra il Personale dell'Arcispedale S. Maria Nuova - 22/19 Maggio 2001

*Lucidi presentati dal Direttore Generale
Dr. Leonida Grisendi*

Investimenti previsti
(in miliardi di lire)

	Importo	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Totale
Ampliamento Arcispedale S.M.N.	80,7	4,5	10	5,5	26	26	8,7			80,7
Arredi, telefonia, sistema informatico per ampliamento Arcispedale S.M.N.	9,8					9,8				9,8
Edifici di supporto	17,2				8,4	3,7	3,9	1,2		17,2
Ristrutturazione monoblocco S.M. Nuova esistente	28,8	2	3	3	4	4,2	4,2	4,2	4,2	28,8
Adeguam. Strutture ed impianti in ottemperanza D.lgs. 626/94	15			3	3	3	2	2	2	15
Totale	151,5	6,5	13	11,5	41,4	46,7	18,8	7,4	6,2	151,5
Costruzione nuovo edificio Malattie Infettive - AIDS (40p.l.)	9,8	1,5	4,5	3,8						9,8
Restauro conservativo palazzo "Rocca Saporiti" e pertinenze	4			1	3					4
Totale complessivo	165,3	8	17,5	16,3	44,4	46,7	18,8	7,4	6,2	165,3

La Direzione Incontra il Personale dell'Arcispedale S. Maria Nuova - 19/19 Maggio 2001

Lucido presentato dal Direttore Generale Dr. Leonida Grisendi

Investimenti proposti	Costo stimato + IVA (Lit. X 1.000.000)			Note
	2000	2001	2002	
TECNOLOGIE BIOMEDICHE				
Apparecchiature in sostituzione	3.500	3.000	2.500	2001 - Sostituzione centrali monitoraggio UTIC e Castelnuovo Monti
Apparecchiature in potenziamento	2.758	2.000	2.000	
Grandi Tecnologie	5.300	2.000	2.500	2000 - Ciclotrone, radiologia digitale, aggiornamento acceleratore 2001 - Sostituz. Diagnostica vascolare, radiol. digitale, centrale di sterilizzazione 2002 - Sostituz. TAC, Open RM, radiologia
Totale Tecnologie Biomediche	11.558	7.000	7.000	
INFORMATICA				
Hardware	1.399	2.128	1.828	
Software	683	480	480	
Reti	302	360	660	
Totale Informatica	2.384	2.968	2.968	
Totale generale investimenti	57.658	58.518	33.068	

La Direzione incontra il Personale dell'Arcispedale S. Maria Nuova - 2/3/4 Maggio 2000

neato il patrimonio "storico" dell'Arcispedale, costituito dall'insieme delle competenze e degli ideali delle persone che vi lavorano. Più volte è stato dichiarato, anche dalla Direzione Generale, l'investimento che si intende fare sulla risorsa più importante dell'Azienda: proprio le persone. Anche diversi interventi sia da parte di Responsabili di équipe sia mediche che infermieristiche hanno ribadito questo impegno, a tutti i livelli. Molta discussione hanno anche sollevato le sollecitazioni fatte nella presentazione dalla Direzione Generale in merito all'applicazione dei principi innovativi dei nuovi contratti, sia per l'area medica che per il comparto, che prevedono molte possibilità di ridisegnare gli sviluppi di carriera e i sistemi d'incentivazione in base alla considerazione della qualità dei risultati ottenuti.

La Direzione e molti presenti hanno dichiarato di volersi impegnare in tal senso.

Un'altra sollecitazione venuta da molti partecipanti, in tutti e tre gli incontri, è rappresentata dalla necessità di ampliare e "disseminare" le esperienze di integrazione orizzontale fra

dipartimenti dell'Arcispedale e fra ASMN e territorio, attraverso la revisione e la riprogettazione di programmi e percorsi per tipologie di pazienti o problemi di salute.

Su questo c'è già un impegno formale nel Piano delle Azioni concordato a livello provinciale, la discussione ha evidenziato l'urgenza di adottare questo punto di vista anche all'interno del nostro ospedale.

Il collegio di Direzione e, in primis, il Direttore Generale si sono impegnati a proseguire il confronto col

personale e a facilitare lo sviluppo dei sistemi di comunicazione interna. Per ora sono state programmate alcune

iniziative:

- ✦ incontri periodici per aree professionali e interprofessionali su temi specifici,
- ✦ mantenimento di una occasione, almeno annuale, di incontro con tutto il personale dedicata all'"ascolto" reciproco,
- ✦ avvio di un programma "suggerimenti", utilizzando la tecnologia di rete interna disponibile (oggi posta elettronica, dal 2001 intranet), per raccogliere le proposte alla Direzione, piccole e grandi, da parte di tutto il personale.

Tra le molteplici informazioni fornite dalla Direzione si ripropongono gli schemi degli investimenti, delle apparecchiature, il piano di formazione e la politica di sviluppo del personale.

Barbara Curcio Rubertini
Dirigente Responsabile

Ufficio Sviluppo Organizzativo

Gli obiettivi di miglioramento:

Favorire responsabilizzazione e autonomia dei dirigenti e dei servizi

- Snellire le procedure
- Riconoscere autonomia decisionale
- Definire la programmazione
- Individuare gli "standard di prodotto"
- Dare trasparenza agli impegni

Lucido presentato dal Direttore Amministrativo Dr. Ivan Trenti

La prima occasione per partecipare direttamente a definire lo sviluppo futuro del Santa Maria Nuova sarà, a brevissimo, la stesura di una Carta dei Valori e degli Impegni del nostro ospedale, che verrà definita con la partecipazione di tutto il personale interessato.

Trasfusioni:

studio di applicazione della procedura

Si è costituita una Commissione operativa con il mandato specifico di studiare il testo di legge

Iprofondi e radicali cambiamenti che stanno avvenendo nell'ambito della responsabilità infermieristica hanno portato il dipartimento Medico 1[^] ad una riflessione sulle proprie modalità operative.

Analizzando i compiti e le prestazioni eseguite è nata una valutazione particolare sulla legislazione che regola le trasfusioni di sangue ed emoderivati.

Si è evidenziato infatti, che la legislazione vigente disciplina in modo rigido l'ambito trasfusionale con la legge 170/90 e suoi successivi decreti applicativi, il decreto legge 15.1.91 art.27 e 29 e decreto legge 1.9.95 art. 5.

Altra preoccupante evidenza emersa è che, come per molti altri capitoli della medicina preventiva, l'attuazione di queste norme è stata molto spesso disattesa con l'attenuante della mancanza di tempo sia medico che infermieristico.

L'incombere del Legislatore e delle Assicurazioni e l'inaccettabile percentuale di errori nelle Unità Operative, siano questi di tipo operativo che burocratico, rilevati con puntuale precisione dal Centro Trasfusionale, hanno reso inevitabile una riflessione approfondita sulla tematica "trasfusioni di sangue".

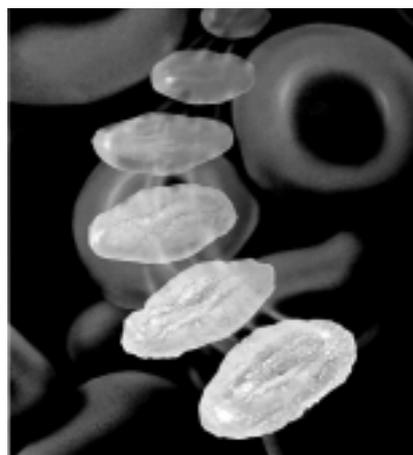
Si è costituita una Commissione operativa con il mandato specifico di studiare il testo di legge, evidenziarne le problematiche ed elaborare una procedura alla quale tutti gli operatori sanitari sia medici che infermieristici del Dipartimento Medico 1[^] si sarebbero dovuti attenere.

I punti critici evidenziati sono risultati quattro: il momento della richie-

sta, il tempo richiesta /inizio infusione, l'applicazione della sacca e la sorveglianza della stessa. La procedura elaborata è stata presentata ai responsabili del Dipartimento con la presenza del Dott. Baricchi per il Centro Trasfusionale e del Dott. Sircana per la Direzione Sanitaria.

Il tempo della verifica per i problemi legati all'applicazione della procedura è stato fissato in tre mesi, portati poi a quattro.

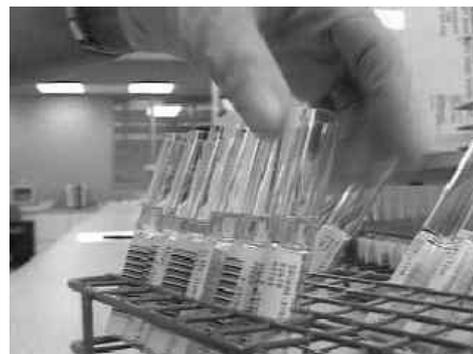
Le resistenze principali sono legate al superamento di un problema annoso di pseudo-delega che il medico ese-



gue quando "autorizza" l'infermiere ad applicare la sacca. La legislazione si esprime in modo chiaro in questo senso, definendo come responsabilità specifica del medico l'applicazione della sacca di sangue e chiede, per evitare errori nell'identificazione del paziente, la presenza contemporanea sia del medico che dell'infermiere, nel momento del prelievo e nel momento della applicazione dell'unità da transfondere.

La discussione, è stata accesa, fra il personale medico e infermieristico poiché come si dice "le abitudini sono dure a morire".

Dopo cinque mesi la Commissione ha elaborato un questionario di verifica,



che è stato sottoposto a tutto il personale medico e infermieristico del Dipartimento con lo scopo di verificare la reale attuazione della procedura.

Il numero dei questionari raccolti ed esaminati è stato di 105 di cui 23 compilati da medici e 82 da infermieri.

Si è ritenuto che il campione, pur non rappresentando la totalità del personale sia rappresentativo della situazione attuale.

I dati raccolti ci hanno confermato le perplessità che sentivamo serpeggiare nell'aria, ovvero che, se il problema prelievo è stato relativamente superato e medico e infermiere collaborano ad identificare il paziente e firmano la provetta, il problema "applicazione sacca" incontra ancora resistenze da parte di una percentuale infermieristica; ma lo scoglio principale rimane la parte medica. I dati confermano inoltre che tutto il personale è ancora poco sensibile alla verifica della presenza del consenso informato in cartella.

La Commissione che ha studiato questo problema è fiduciosa che il tempo renda la procedura di "routine" e di conseguenza i possibili errori diventino sempre più rari sino a diventare inesistenti ma si impegna a monitorare nel tempo l'andamento di questa attività.

Maria Paola Lince

Unità Operativa di Medicina 1[^]

Un nuovo nido per mamme e neonati

Riflessioni sulla nuova organizzazione del nido.

Da qualche tempo, in relazione alla nuova legge regionale del 11 agosto 1998 n° 26 e soprattutto alle esigenze sempre più sentite delle madri di essere più a stretto contatto con il bambino, si è cercato di modificare l'organizzazione del nido.

Il nostro obiettivo è di privilegiare la promozione del benessere e del comfort della madre e del neonato in una struttura ospedaliera, garantendo la massima sicurezza possibile. Partendo dall'esigenza di rendere l'evento nascita il più naturale e fisiologico possibile e riconoscendo le specifiche esigenze della diade madre-neonato, siamo giunti a rivedere le varie fasi assistenziali e l'intero complesso delle cure da noi fornite. Già il corso di preparazione al par-

to ha subito nel tempo diverse modifiche.

Prima era condotto esclusivamente da personale medico.

Oggi è strutturato e gestito dal personale ostetrico.

Inoltre da lezioni puramente teoriche si è passati ad incontri teorico-pratici offrendo informazioni sulla gravidanza, parto e nascita.

Un ultimo incontro è gestito da pediatra, caposala o IP del nido e psicologa, che offrono informazioni sull'allattamento al seno, accudimento del neonato (nozioni di puericultura), illustrando l'assistenza nel periodo neonatale e l'organizzazione del nido.

La psicologa affronta gli aspetti emotivi dell'attesa e le prime esperienze dell'essere genitori.

La ristrutturazione delle sale parto ha permesso di espletare il travaglio, il parto e il post-partum, in un'unica stanza arredata in modo confortevole, creando un clima più familiare.

Il miglioramento strutturale ci ha aiutato ad offrire alla coppia maggiore privacy, diminuendo molti ele-



menti di disturbo o di grande coinvolgimento emozionale (es. vicinanza di altre donne in travaglio).

Ne è derivata la possibilità di offrire un'assistenza personalizzata, tale da permettere una relazione efficace tra ostetrica e coppia.

Di conseguenza l'ostetrica e la donna scoprono insieme con quale modalità affrontare il travaglio e il parto, garantendo la presenza costante del marito o una persona di fiducia per la donna.

Per ciò che concerne l'assistenza neonatale, l'infermiera del nido accoglie il neonato nell'isola neonatale, utilizzando modalità assistenziali che mirano al maggior comfort possibile, favorendo un dolce adattamento alla vita extra-uterina (eliminazione di manovre cruente non sempre utili, luce soffusa, clima disteso, rimozione della vernice caseosa con massaggi delicati, bagnetto al neonato in teli monopaziente in collaborazione con il padre, libertà del padre di partecipare alle cure igieniche).

Durante le manovre assistenziali si pratica il contenimento del neonato, al fine di aiutarlo ad adattarsi in uno spazio che gli è sconosciuto.

La madre è informata della possibilità di stare con il neonato nel post-par-





tum e durante tutta la degenza, sia di giorno che di notte (rooming-in parziale), per favorire un attaccamento al seno precoce.

Il nido rimane il punto di riferimento per tutte le attività di accudimento del neonato.

Le condizioni psicologiche della donna sono molto importanti affinché si instauri una relazione efficace con il bambino, soprattutto perché sia favorito l'allattamento al seno.

L'allattamento al seno può influenzare positivamente la relazione e viceversa.

Se la mamma è tranquilla ed è sostenuta dai familiari e dal personale infermieristico e ostetrico e se ha un buon rapporto con il bambino, avrà più fiducia in se stessa e sulla sua capacità di prendersi cura del bambino.

E' importante, infatti, da parte del personale sanitario garantire sostegno emotivo per rafforzare l'autosti-

ma e far emergere le competenze innate nell'accudimento del neonato e nell'allattamento al seno.

La madre e il padre partecipano senza esclusione alcuna alla attività che interessano il loro bambino, infatti, possono essere presenti alla visita del pediatra, partecipare ad eventuali trattamenti fisioterapici.

Inoltre è offerta la possibilità di vedere il neonato 24 ore su 24 ai parenti, lasciando le tendine del nido aperte.

Alla mamma e al papà vengono fornite informazioni, non solo teoriche, ma con la possibilità di essere "accompagnati" nell'accudimento del neonato, come ad esempio per l'igiene parziale e totale, la cura del moncone ombelicale, le posizioni favorevoli all'attaccamento al seno.

E' fondamentale l'approccio relazionale che il personale infermieristico e ostetrico adottano nei confronti delle mamme, perché esse sono fragili e occorre guidarle, prestando attenzione.

Se stiamo attenti e cauti nell'indagare all'interno dei comportamenti spontanei delle mamme ci accorgiamo che esiste "dentro" di loro una saggezza antica.

Esse sanno come "manipolare" il figlio come porgergli il seno, come saper rispettare il silenzio durante la poppata, come dondolare quan-



do il piccolo, allontanato il capezzolo, si addormenta perché soddisfatto e appagato.

Senza accorgersene ogni mamma ripete un rituale antico quanto l'uomo i cui segreti sono ancora da scoprire.

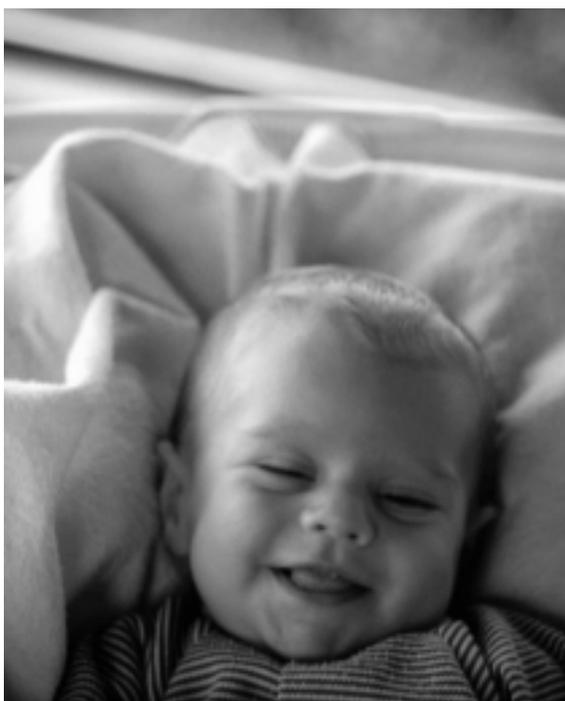


Il nostro percorso è solo all'inizio, siamo consapevoli che c'è ancora molta strada da percorrere, con l'impegno e l'entusiasmo di tutti.

Patrizia Borgognoni,
Unità Operativa Ostetrica Ginecologia

Ave Lupi
Nido

Monica Guberti
Servizio Assistenza Infermieristica e Tecnica



Visita di studio

all'Ospedale di Gerusalemme

Il 10 Ottobre dello scorso anno abbiamo effettuato una visita di studio all'ospedale di Gerusalemme.

Come operatori del Pronto Soccorso abbiamo focalizzato l'interesse della nostra visita sul dipartimento di Emergenza-Urgenza dell'ospedale israeliano.

Gli obiettivi della nostra visita informativa erano:

- ✦ acquisire documentazione e strumenti per sviluppare la qualità delle prassi assistenziali e gestionali,
- ✦ conoscere la logistica e le tecnologie di un Pronto Soccorso riconosciuto a livello mondiale per efficienza ed organizzazione.

Presentazione dell'Ospedale

Il centro medico Hadassah-Università Ebraica nel Kiryat Hadassah, Gerusalemme, con i suoi 800 letti e più' di 75 dipartimenti, è il centro più' grande di salute, insegnamento e di ricerca del paese. Inaugurato nel 1961 include le facoltà' di medicina, odontoiatria, infermeria, farmacologia, oncologia ecc. ed altri programmi di salute comunitaria. L'ospedale Hadassah Kiryat opera in stretta collaborazione

con le altre strutture sanitarie presenti nel distretto di Gerusalemme di cui il più famoso è l'ospedale Hadassah del Monte Scopus.

Il Pronto Soccorso visita approssimativamente 200 pazienti al giorno e ha la possibilità di ricoverare in tutti i reparti ospedalieri in base alla disponibilità dei posti letto.

Il servizio si compone di:

- ✓ una sala d'accoglienza gestita da

personale amministrativo e sorvegliata h. 24 da personale di sicurezza interno,

- ✓ un ambulatorio di Triage infermieristico,
- ✓ un ambulatorio medico con tre postazioni di lavoro (casi di minore entità ed impegno assistenziale),
- ✓ quattro letti di Pronto Soccorso pediatrico attivi due giorni la settimana,
- ✓ una sala urgenze traumatologica (politraumi) con quattro postazioni di lavoro,
- ✓ un gabinetto radiologico ed un laboratorio analisi dedicati esclusi-

Personale Infermieristico:

staff infermieristico, una Caposala, 31 infermieri (organico base) così distribuiti nelle 24 ore: 6 infermieri al mattino, 7 al pomeriggio e 6 alla notte. Il debito orario settimanale è di 36 ore. La distribuzione del personale nell'unità operativa è programmata dalla Caposala e prevede una rotazione su tutte le postazioni di lavoro.

Personale medico: opera esclusivamente al mattino. Il pomeriggio e la notte, l'attività medica è sostenuta dagli specialisti interni a seconda delle necessità rilevate dall'I.P. di P.S. Il numero di medici presenti al mattino è di sette, quattro al pomeriggio e quattro alla notte. La grande traumatologia è sempre gestita dal chirurgo col supporto degli specialisti,

Personale di supporto: è costituito da otto unità (figura simile all'O.T.A.) che operano dalle sette del mattino alle ventidue suddivisi in due turni.

La formazione del personale infermieristico prevede un corso universitario di quattro anni dopo la scuola media superiore e il servizio militare obbligatorio (durata tre anni per uomini e donne). La formazione permanente prevede corsi d'aggiornamento decisi collegialmente dagli operatori e dallo staff dirigenziale infermieristico ed esercitazioni pratiche obbligatorie sulle manovre rianimatorie e sulla gestione sanitaria delle maxiemergenze.

Percorsi del paziente: L'accoglienza dei pazienti, compito dell'I.P. di Triage, prevede la loro suddivisione immediata in tre categorie:

- ✦ casi critici traumatologici (es. po-

Hadassah Medical Organization Jerusalem, Israel



Ein Kerem



Mt. Scopus

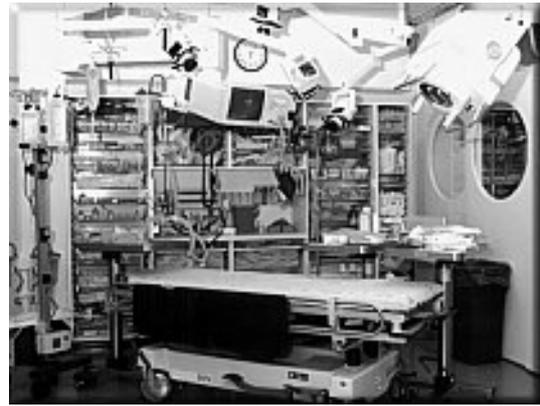
Healing, Teaching & Research

vamente al Pronto Soccorso e al reparto di Rianimazione,

- ✓ una sala polivalente adibita a prestazioni diagnostico-terapeutiche complesse con 24 postazioni di lavoro,
- ✓ una sala per visite ortopediche (piccola traumatologia) con attigua sala gessi,
- ✓ deposito del materiale per maxiemergenze.



Immagini tratte dal sito internet dell'Ospedale di Gerusalemme
<http://www.hadassah.org.il/>



litraumi),

- ❖ casi critici non traumatologici (es. necrosi miocardiche),
- ❖ casi non critici (es. piccola traumatologia, problemi dermatologici ecc.).

L'arrivo di un paziente in condizioni critiche al Pronto Soccorso viene preavvisato dalla locale Centrale Operativa del 118 o direttamente dal personale dell'ambulanza che fornisce anche i dati relativi alle condizioni del soggetto.

Tale sistema permette di organizzare/reperire preventivamente gli ambienti, l'attrezzatura e gli operatori necessari ad affrontare l'urgenza.

Osservazioni

A posteriori la prima riflessione che vorremmo fare riguarda la tendenza, spesso generalizzata, di idealizzare sempre e comunque le esperienze all'estero.

Sicuramente la visita è stata proficua e fonte di stimolazioni, ma per certi aspetti abbiamo potuto anche rivalutare il nostro ospedale, la seconda considerazione è che ogni esperienza va inquadrata nella cultura e nella storia di quel paese.

Gli aspetti più positivi dell'Ospedale di Gerusalemme riguardano:

- ✓ la capacità culturale delle persone, l'attenzione alla logistica e la qualificata disponibilità di attrezzature tecnologiche, che consentono in ogni momento di far fronte a maxi emergenze. Questo dato è sicuramente connesso alla loro storia e alle loro tristi esperienze (attentati, guerra...).

Si sono talmente attrezzati per affrontare il nemico, che esiste un sistema di allertamento impressionante che permette con il teledrin di allertare contemporaneamente 50 operatori (che ovviamente turnano) i quali sanno immediatamente dove devono andare e ciò che devono fare.

Nessuno telefona per dare disponibilità e sapere cosa fare o dove si deve presentare, questo è sicuramente affascinante.

E' un sistema organizzativo complesso che non può essere rapportato alle nostre esperienze. Se prendiamo



come esempio il terremoto del 96, dobbiamo dire che abbiamo registrato una grandissima disponibilità del personale, tutti rientravano dai turni senza essere chiamati, ma l'organizzazione non è stata facile;

- ❖ estrema flessibilità/collaborazione con i professionisti di altre discipline: se c'è un problema immediatamente accorrono in PS e tutto ciò è

consuetudine;

- ❖ la dotazione delle attrezzature garantisce molta efficienza, sia per la quantità che per la disposizione, infatti un apparecchio può servire più postazioni;
- ❖ l'arredo è molto curato ed abbiamo preso alcuni spunti dei quali vorremmo parlare con chi sarà impegnato nell'allestimento del nuovo Pronto Soccorso.

Gli aspetti che abbiamo considerato, dalla nostra ottica, meno positivi, anche se abbiamo avuto l'impressione che non fossero vissuti così da loro, riguardano il sistema di raccolta dati.

Emerge molta differenza con la nostra realtà dove è il sistema è fortemente radicato quasi a dimostrare che esistiamo, loro invece non hanno un sistema informatizzato, leggono i referti manualmente, con maggiori possibilità di errori; forse questa differenza è dovuta anche al diverso sistema di

finanziamento, non hanno finanziamenti a prestazione, però sono "molto ricchi" potendo contare sul sostegno finanziario degli ebrei di tutto il mondo.

L'accoglienza non è stata calorosa, non sono abituati al confronto, i modelli innovativi culturali e organizzativi li prendono dagli USA, non apprezzano la condivisione.

Per noi invece il benchmarking è all'ordine del giorno, continuamente ospitiamo infermieri di altri ospedali, riteniamo infatti sia molto utile conoscere ciò che altri hanno già sperimentato.

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

Ivana Spaggiari,
Marco Bigliardi
Unità Operativa di Pronto Soccorso

Mano d'opera

emozionale

Nel numero precedente di Notizie mi ha colpito particolarmente una definizione citata dal Direttore Generale in occasione del suo saluto alla tavola rotonda " Accogliere il malato e donare speranza".

"è stato scritto, credo con ragione, che il personale dei servizi dev'essere mano d'opera emozionale ".

Nonostante l'impatto dai toni imprenditoriali che questa affermazione mi evoca, sento anche che racchiude in sé una stimolante riflessione.

Lo stimolo che ricevo non è sul piano teorico o intellettuale, lo stimolo che ricevo mi riporta con forza all'esperienza diretta. Lo stimolo che ricevo mi riporta con forza a diverse contraddizioni.

E' parola di molti sottolineare la rilevanza delle competenze relazionali del personale sanitario, ma è esperienza di pochi agire concretamente

nella direzione di un reale sviluppo e mantenimento di queste competenze. In diversi anni di esperienza sulla cosiddetta formazione relazionale ho maturato alcune convinzioni:

- ✓ è diffusa la tendenza a considerare le competenze relazionali come parte di un'attitudine personale innata e quindi difficilmente acquisibile o migliorabile,
- ✓ gli operatori sanitari tendono a fuggire dalla consapevolezza che le emozioni influenzano la qualità della relazione,
- ✓ è presente il timore di affrontare esperienze formative che propongono di esprimere le proprie emozioni, in situazioni protette e strutturate,
- ✓ è presente la convinzione che alcune emozioni non si debbono sentire, mentre altre si,
- ✓ è diffusa la non consapevolezza che le componenti emozionali possono

essere rilevanti non solo nella relazione con il paziente ed i suoi familiari, ma anche nella relazione con i colleghi e con i superiori,

- ✓ è diffusa la difficoltà a considerare che una buona relazione nasce dall'impegno del singolo, del gruppo, ma anche da scelte organizzative che rendono più chiari e diretti i rapporti.

L'evidenza di queste criticità può essere considerata più o meno prioritaria, dipende dal significato che viene attribuito da chi le osserva. Per quanto mi riguarda considero in primo piano la priorità di una "manutenzione" del personale riferita a questi temi.

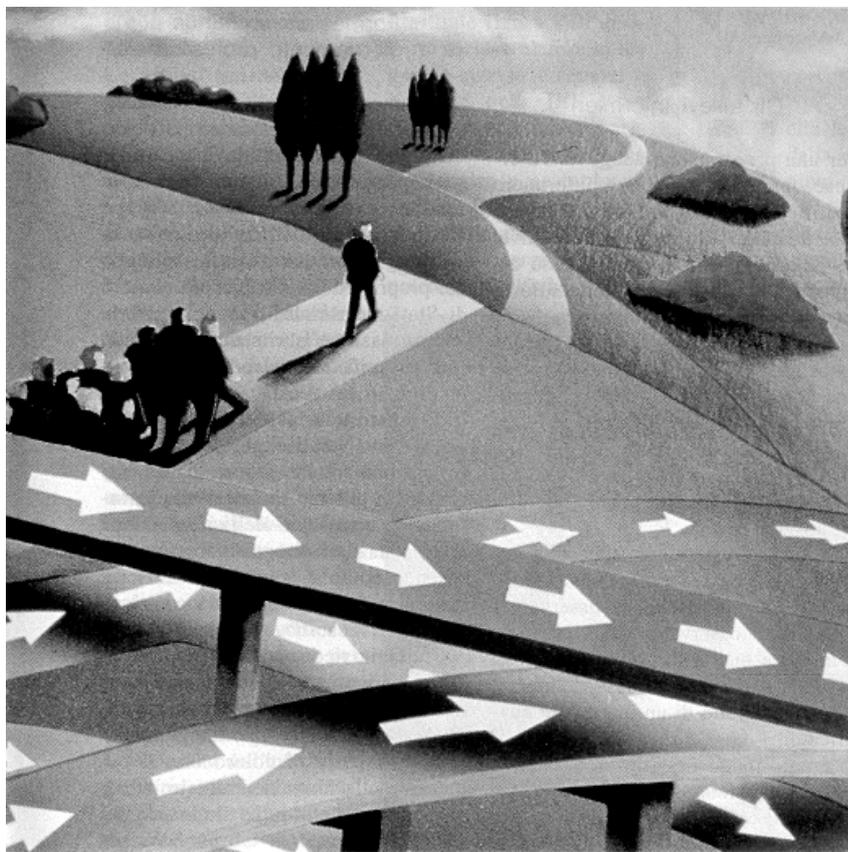
Non credo nell'empatia di facciata, non credo nella collaborazione formale, non credo nei valori sulla carta, non credo alle certezze, non credo alla stabilità delle situazioni.

Credo alla comprensione delle difficoltà, credo alla consapevolezza di ciò che si sente, credo alla complessità dell'essere umano (non solo quando è paziente, ma anche quando è infermiere o medico), credo nel potenziale inespresso, anche in termini affettivi, di chi ha solo bisogno di un po' più di fiducia in sé stesso, credo nella forza del gruppo solo nei casi in cui si sono attraversati consapevolmente i territori della competizione e dell'invidia. E' un percorso in divenire senza modelli preconfezionati intrisi di un saper essere ideale, è una ricerca continua dell'equilibrio fra la consapevolezza di ciò che si sente e la responsabilità di ciò che si fa. La responsabilità che ogni persona ha non riguarda ciò che sente, ma come decide di utilizzare, e quindi di vivere, ciò che sente.

Credo sia molto difficile maturare questa responsabilità da soli e senza strumenti di consapevolezza e di trasformazione.

Ecco allora la possibilità di scegliere come inoltrarsi in questi "territori", le occasioni non mancano.

Marzia Prandi
Ufficio Sviluppo Organizzativo





Curiosando *qua e là* nella formazione dell'infermiere

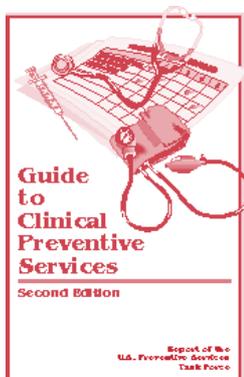
L'imbarazzo e lo sconcerto derivante dal riscontro di una enorme variabilità nella erogazione degli interventi sanitario-assistenziali, a condizioni date simili, ha prodotto una esplosione di linee guida. Le linee guida, infatti, forniscono una risposta alla esigenza di indurre un miglioramento della qualità e dell'efficacia delle decisioni cliniche con conseguente ottimizzazione delle risorse e miglioramento della variabilità assistenziale e dei risultati per il paziente.

In questi ultimi dieci anni agenzie sanitarie, società scientifiche locali, regionali, nazionali, internazionali si sono impegnate nella stesura di un numero impressionante di linee guida che, tuttavia, presentano una straordinaria variabilità in termini, non solo di affidabilità metodologica, ma addirittura di linguaggio, di contenuti e di intenti, tanto da riprodurre, ad un altro livello, quelle difformità qualitative che le stesse linee guida avrebbero dovuto attenuare.

Per arginare questo fenomeno, le principali organizzazioni sanitarie, governative e professionali si sono dotate di criteri metodologici standardizzati per la formulazione di linee guida (<http://hiru.mcmaster.ca/default.htm> - Project. *Guideline Appraisal Project*; <http://www.cma.ca/cpgs/handbook/index.htm> - *Implementing Clinical Practice Guideli-*

nes: A hand-book for practitioners. Developed at the 1996 CMA workshop). Benché non sia ancora disponibile un quadro complessivo dei criteri formulati per la produzione di linee guida valide, alcuni di questi criteri sono già ampiamente condivisi:

1. ricerca, valutazione, combinazione delle evidenze scientifiche disponibili in letteratura;
2. esplicitazione del processo adottato per eseguire la ricerca e per misurare la qualità delle evidenze astratte e per sintetizzare i risultati (<http://158.72.20.10/pubs/guidecps> - *U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. 1996*);
3. formulazione delle raccomandazioni cliniche derivanti dalla revisione sistematica;
4. assegnazione del "grado di forza" della raccomandazione, derivante dalla entità delle prove su cui la raccomandazione si fonda, in relazione alla entità delle evidenze scientifiche che la supportano.



A monte delle linee guida c'è un percorso metodologico nel quale vengono integrati la valutazione e la meta-analisi degli studi pubblicati (revisione sistematica e quantitativa delle evidenze relative ad un problema) e il consenso tra pari (revisione effettuata tra professionisti, peer review).

Purtroppo, l'impresa di reperire ed accedere a linee guida metodologicamente valide può essere molto ardua: si corre il rischio di rimanere sommersi dall'enorme volume della letteratura e dallo stato di vasta dispersione nella quale giacciono le linee guida, sia in versione cartacea che in quella disponibile attraverso In-

ternet.

Le strategie di reperimento di raccomandazioni e linee guida più utili sono essenzialmente:

eseguire una ricerca su banche dati bibliografiche o agenzie di indicizzazione:

⇒ **MEDLINE.** Attiva dal 1966, fa riferimento alla National Library of Medicine con sede a Bethesda (USA) e a Londra. È la traduzione elettronica del repertorio a stampa *Index Medicus*. Sono indicizzate oltre 3500 riviste. Sono solo due le riviste infermieristiche italiane presenti: Professioni Infermieristiche ed Assistenza Infermieristica e Ricerca. È consultabile anche tra-



mite Internet, con accesso gratuito (es: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>)

⇒ **CINAHL.** (<http://www.cinahl.com>) - *Citation Index for Nursing and Allied Health Literature.* Attiva dal 1940 come repertorio a stampa *International Nursing Index*, è in versione elettronica dal 1982. Sono indicizzate oltre 650 riviste e oltre 250mila articoli. I contenuti riguardano principalmente l'assistenza infermieristica, la fisioterapia, la terapia occupazionale, le cure intensive, i trattamenti alternativi.

⇒ **EMBASE.** Attiva dal 1974. È la traduzione elettronica del repertorio a stampa *Excerpta Medica*. Sono presenti numerose pubblicazioni di origine europea. L'accesso via Internet è a pagamento.

In queste banche dati l'accesso è per "parola chiave", in seguito alla ricerca compaiono abstract di articoli indicizzati dall'Agenzia. Il testo completo non è contenuto in tali banche dati e quindi è necessario ricercare la pubblicazione in cartaceo o, per alcune riviste, recuperare il testo via Internet.

(continua)

*di Patrizia Copelli
Diploma Universitario per
Infermiere*

C'è posta per te

Indicazioni per l'utilizzo della posta elettronica

E' ormai consuetudine arrivare al lavoro, aprire il computer, leggere la posta elettronica: messaggi brevi, lunghi, da persone conosciute, da sconosciuti, entrare così in veloce contatto con i colleghi dentro e fuori l'ospedale.

La posta elettronica ha modificato la comunicazione tra le persone e quindi anche quella aziendale.

Il dialogo a distanza diventa immediato, si scambiano informazioni, il messaggio diviene sempre più essenziale.

Un noto giornalista scriveva recentemente che si sta diffondendo tra i giovani l'incapacità di scrivere una lettera, in quanto modalità mai utilizzata dalle giovani generazioni; le nuove tecnologie trasformano le modalità tradizionali del linguaggio che diventa sintetico, essenziale e a volte impersonale.

Gli utenti della posta elettronica sono un mondo complesso e articolato, con mille sfaccettature e comportamenti diversi. Le mail favorisce una comunicazione orizzontale e senza limitazioni, sempre più viene indicata come una nuova strategia di comunicazione e marketing.

Si profila una rete di comunicazione estesa senza normative definite.

Il tam tam che si diffonde riguarda un movimento d'informazione enorme che può coinvolgere tutti.

Esempi di coinvolgimento tra i più svariati, anche per noi piccolo mondo del S. Maria, ve ne sono già stati

diversi.

Oltre agli indispensabili messaggi relativi al nostro quotidiano lavoro, alla possibilità di ricevere in tempo reale informazioni che semplificano, facilitano ed abbreviano i tempi, ognuno di noi ha ricevuto anche altro: dalle cosiddette "catene di S. Antonio" che promettono fortuna o soldi, a messaggi di aiuto, appelli che richiedono la più ampia diffusione del messaggio per ricercare soluzioni a condizioni di salute drammatiche e con prognosi infauste.

Così, tra gli altri, l'ultimo appello via e mail ricevuto da tutti gli utenti del nostro ospedale in marzo ha visto arrivare a tutti messag-



gi contrastanti: **IMPORTANZA VITALE FATE GIRARE QUESTA LETTERA A TUTTI e NON INVIATE MESSAGGI A TUTTI.**

Cerchiamo di capire cosa è successo. **IMPORTANZA VITALE FATE GIRARE QUESTA LETTERA A TUTTI** - Un operatore dell'ospedale riceve e diffonde a tutti l'appello di un padre disperato con un figlio piccolo affetto da una terribile malattia che richiede informazioni su centri terapeutici adeguati.

NON INVIATE MESSAGGI A TUTTI - Dopo poco altro messaggio, questa volta dal Servizio d'Informatica, che richiama il personale a non divulgare a tutti messaggi di sconosciuti ribadendo l'utilizzo della posta elettronica come strumento di lavoro.

Orbene tutto questo ci pone in una condizione densa di vissuti e sentimenti contrastanti, appelli di questo tipo fanno presa sul nostro intimo e ci richiamano ad un gesto di solidarietà: diffondere a tutti coloro che conosciamo il messaggio, ma al contempo ognuno di noi è tenuto a rispettare le indicazioni aziendali, peraltro, purtroppo, in futuro situazioni analoghe si possono ripresentare, che fare?

Per comprendere meglio e per cercare soluzioni effettivamente praticabili abbiamo chiesto indicazioni a Sergio Bronzoni, Resp. Informatica.

Risponde Sergio Bronzoni *L'argomento sul quale sono sollecitato a dire la mia è uno tra i più controversi e dibattuti; fin dalla nascita di Internet.*

Tant'è che sul Web sono ampiamente pubblicizzate alcune regole di comportamento, Netiquette (l'etichetta sulla rete), visibili sul sito www.linfield.edu/policy/netiquette.html. In particolare le "buone maniere" per l'e-mail indicano:

(a) *Evita di inviare informazioni delicate o confidenziali.*

Ricorda che è molto facile per chiunque venire a conoscenza di messaggi da te ritenuti confidenziali.

Non inviare nulla che non vorresti vedere pubblicato sul giornale del giorno dopo.

(b) *Quando sei turbato o arrabbiato rinvia la spedizione del messaggio. Rileggilo dopo esserti calmato. (*)*

(c) *Non inviare messaggi abusivi, fastidiosi e minacciosi.*

(d) *Sii cauto nell'usare il tono sarcastico.*



e-mail@

co. Senza l'espressione del viso ed il tono di voce, il contenuto del messaggio potrebbe essere frainteso.

- (e) Sii sintetico nello scrivere i messaggi e le risposte.
- (f) Usa l'e-mail in modo professionale. Ricorda che non sai dove il tuo messaggio potrebbe finire.
- (g) Non inoltrare "catene di Sant'Antonio" attraverso l'e-mail.
Ciò riguarda anche quei messaggi che richiedono di inoltrare a molte altre persone.
- (h) Non lasciare la posta elettronica aperta quando ti allontani dal computer. Chiunque potrebbe sedersi alla tastiera ed inviare un messaggio calunnioso/offensivo/imbarazzante a tuo nome.
- (i) Non inviare risposte a "tutti gli utenti" salvo che non esista un buon motivo. Questo comportamento spreca spazio disco, riempie le caselle postali e può disturbare.
- (j) Quando replichi, scrivi messaggi brevi e puntuali.
- (a) Ricorda che le leggi relative al copyright, alla diffamazione, alla discriminazione ed alle altre forme di comunicazione scritta sono applicabili all'e-mail.

(*) su questo punto c'è un interessante articolo di Umberto Eco all'indirizzo <http://itinerari.it.net/ritagli/ritagli.eco.html>

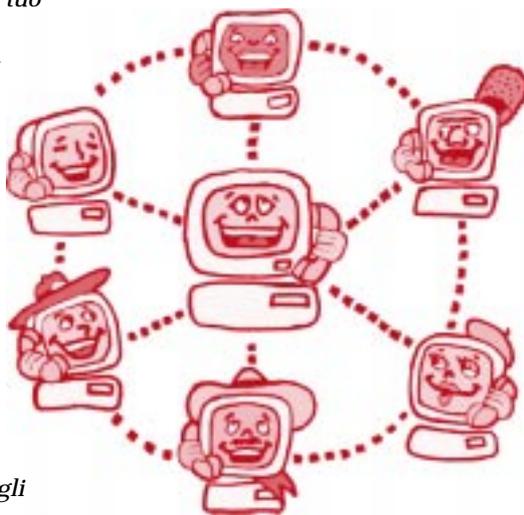
Come si vede, le regole sono abbastanza rigide, provenendo da un mondo nel

quale gli utenti telematici erano di stretta formazione tecnica (ricercatori ed universitari).

Probabilmente servirà un po' di tempo prima che la Netiquette sia assimilata dalla comunità eterogenea che negli ultimi anni è arrivata su Internet ed alla posta elettronica.

Molti utenti non hanno ancora una sufficiente conoscenza dei limiti e, nello stesso tempo, della potenza dello strumento che utilizzano.

Se in linea di principio è possibile portare pazienza sulla profanazione del-



le caselle postali del computer di casa - ad esempio, negli ultimi tempi, mi sono giunte per errore le e-mail di un tizio che invitava in barca a Portovenere due ragazze e di un altro che chiedeva informazioni sui locali notturni di Londra - non credo che questo sia accettabile sul posto di lavoro.

Attualmente in azienda sono attive circa 900 mailbox ospitate su di un sistema duale ad alta affidabilità.

L'investimento è stato rilevante: i contribuenti non sarebbero soddisfatti dall'uso della posta elettronica che non fosse strettamente indirizzato al miglioramento del livello di servizio. L'uso improprio che si fa della posta

elettronica, contravvenendo alle regole (h) ed (i), si definisce "spam".

Alcune opinioni più tolleranti, originate dal marketing on-line, giustificano la spedizione di massa quando il contenuto del messaggio sia potenzialmente interessante per un ben delineato target d'utenti.

Non mi pare che gli esempi di "spamming" che si sono verificati sul nostro sistema di posta elettronica siano di questo tipo:

- ✓ un messaggio a tutti gli utenti che segnala la possibile presenza in rete di un virus informatico, è interessante per me e per il mio Servizio; non lo è assolutamente per l'utente generico che non ha alcuna possibilità di verificare il livello di protezione sul suo PC poiché l'anti-virus è centralizzato;
- ✓ ad un messaggio a tutti gli utenti che richiede aiuto per una persona ammalata può forse rispondere un medico, non certamente un utente generico che è solamente distratto dalla sua attività e messo in imbarazzo.

Ribadisco: NON INVIATE MESSAGGI A TUTTI salvo in presenza di giustificati motivi riguardanti l'attività lavorativa.

Sergio Bronzoni
Responsabile
Servizio di Informatica
Maria Lodovica Fratti
Ufficio Sviluppo Organizzativo



Come valutiamo la soddisfazione:

risultati e progetti futuri

E' ormai consolidato nel nostro ospedale l'uso del questionario come strumento di valutazione della qualità percepita dagli utenti dei servizi ospedalieri, sistema di monitoraggio periodico previsto nell'accreditamento regionale.

Nel 1999, oltre alla consueta indagine "La sua opinione sul nostro ospedale", sono state effettuate anche altre indagini ad hoc:

- ✓ indagine regionale, commissionata all'Istituto Eurisko, sulla valutazione della qualità dei servizi di ricovero in modo più approfondito sugli aspetti organizzativi e professionali,
- ✓ indagine sulla soddisfazione degli utenti fruitori delle prestazioni ambulatoriali.

Pur basandosi su campioni di utenti diversi, gli ambiti di valutazione rimangono gli stessi, con livelli più o meno approfonditi di misurazione:

- ✓ aspetti relazionali e professionali,
- ✓ aspetti organizzativi,
- ✓ comfort alberghiero,
- ✓ valutazione complessiva della prestazione ricevuta,
- ✓ segnalazioni e/o critiche finali.

RISULTATI

INDAGINE I° SEM. '99 "LA SUA OPINIONE SUL NOSTRO OSPEDALE"

La prima cosa da mettere in evidenza è l'aumento della percentuale complessiva di restituzione dei questionari compilati: il 22% rispetto ai dimessi del primo semestre 1999 (v. grafico).



Ancora più marcato è stato l'incremento nelle singole Unità Operative, tutte hanno superato la soglia del 5% fissata come livello minimo per l'elaborazione personalizzata dei dati.

La spiegazione di questa evento è la crescente attenzione che gli operatori, soprattutto infermieri, hanno verso questo strumento di indagine.

Nel complesso i livelli di soddisfazione sono più che soddisfacenti soprattutto per quel che concerne gli aspetti relazionali e professionali.

Naturalmente esistono delle differenze, a volte anche sostanziali tra Unità Operative, soprattutto per gli aspetti organizzativi e comfort alberghiero.

L'importante è prendere atto della "voce del cittadino/utente" per aiutare gli operatori ad evidenziare i punti di forza e di debolezza sui quali intervenire per il miglioramento continuo delle proprie attività.

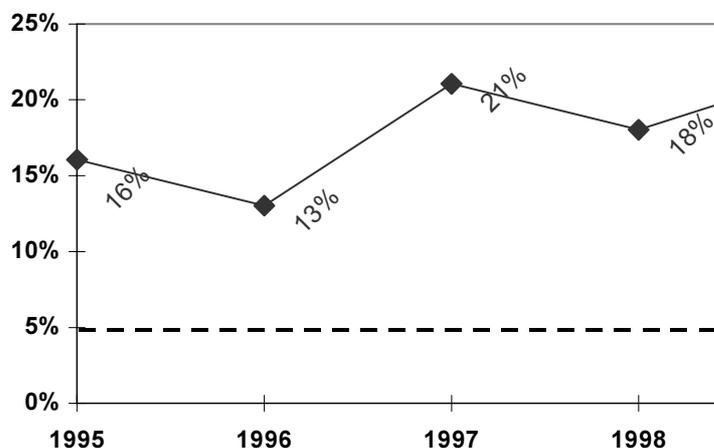
INDAGINE EURISKO "LA QUALITÀ DEI SERVIZI DI RICOVERO E CURA IN OSPEDALE"

Il 13 febbraio 2000 è terminata quest'indagine che ci ha visto impegnati per più di 4 mesi richiedendo uno sforzo immane dei/le Capo Sala ed Infermieri per la corretta esecuzione di tutto il processo di indagine.

I dati analitici sulle aggre-



DISTRIBUZIONE TEMPORALE DELLA PERCENTUALE DI RESTITUZIONE



	Adesioni (% su dimessi)	Rientri (% su adesioni)
Postale	66,7	31,5
Telefonica	44	71,9
Totale	55,2	47,7

gazioni di reparti non ci sono ancora pervenuti, poiché l'Istituto di Ricerca Eurisko sta terminando l'elaborazione.

Gli unici dati che ci hanno fornito per ora sono quelli inerenti il rientro dei questionari e/o interviste telefoniche eseguite.

Da questi dati complessivi si può notare che:

- ✓ nell'adesione (calcolata sui dimessi) la percentuale è risultata nettamente superiore nella fase postale rispetto alla telefonica (I° colonna della tabella);
- ✓ poi quando si guarda all'effettivo rientro (calcolato sulle adesioni) la situazione si capovolge: la percentuale di rientro si dimezza rispetto alle risposte all'intervista telefonica (II° colonna della tabella).

Lo stesso andamento viene rispettato anche a livello di aggregazioni di Unità Operative, di cui si provvederà a dare comunicazione insieme ai dati complessivi degli aspetti indagati per la qualità di servizio ospedaliero.

Per ultimo, la percentuale di rientri calcolata sui dimessi risulta essere del 21% confermando la percentuale di restituzione delle indagini ospedaliere precedenti.

INDAGINE "LA SUA OPINIONE SUI NOSTRI AMBULATORI"

E' stata effettuata nella settimana dal 13/12/99 al 20/12/99 su proposta congiunta delle CapoSala e del Comitato Consultivo Misto.

La percentuale complessiva di restituzione dei questionari compilati è risultata del 24% (totale 448), con valori altalenanti tra il 4% e il 57% nei vari ambulatori.

Per quanto riguarda gli aspetti rela-

zionali (gentilezza e cortesia dei medici ed infermieri, disponibilità a fornire informazioni e spiegazioni) i giudizi espressi sono risultati più che buoni (punteggio 5,4 su scala da 1 a 6).

Per gli orari degli appuntamenti delle visite il 72% ritiene che l'orario è stato rispettato o dichiara un'attesa inferiore a 15 min.

Il momento di presentazione dei risultati agli operatori è stato molto importante e proficuo perché mi ha permesso di coinvolgere attivamente gli infermieri, pronti ad attivarsi per apportare modifiche che permettano di ottenere dati più attendibili e miglioramenti nella distribuzione dei questionari.

Chi avesse ancora bisogno di ulteriori delucidazioni sui dati relativi alla propria realtà, può richiederli alla Dr.ssa Debora Formisano (tel. 6805), Ufficio Sviluppo Organizzativo.

PROGETTI FUTURI

Attualmente nel nostro ospedale sono in corso (già iniziate o che stanno per iniziare) altre indagini finalizzate a scopi ben precisi:

- ✓ indagine "Ciò che davvero ci preme è la sua opinione", nel Servizio di Oncologia, al fine di valutare la percezione degli utenti rispetto alla nuova organizzazione che prevede nuovi orari di apertura/chiusura e la somministrazione delle terapie anche al pomeriggio,



- ✓ indagine sul gradimento del servizio di ristorazione (maggio 2000),



- ✓ indagine nel Servizio di Nido sulla procedura Rooming-in (maggio 2000).



Nonostante la crescente richiesta da parte delle Unità Operative e Servizi di stesura di questionari ad hoc per valutare ciascuna situazione, la nostra proposta sarà quella di costruire un questionario base per tutti che verrà utilizzato per il monitoraggio continuo della soddisfazione degli utenti. Per fare ciò si prenderà come modello il questionario utilizzato nell'indagine regionale commissionata all'Eurisko, apportando le opportune modifiche per adattarlo alla nostra realtà e permettere il confronto territoriale.

Più autonomia sarà data alle Unità Operative nell'utilizzo degli strumenti di indagine per l'autovalutazione e nell'individuare alcune priorità da monitorare per poi attuare azioni di miglioramento.

di Debora Formisano
Ufficio Sviluppo Organizzativo

Donazione organi: *una card per registrare la propria volontà*

Novità in tema donazioni d'organi.

Nei prossimi giorni ogni cittadino italiano maggiorenne riceverà a casa il certificato elettorale relativo ai referendum del 21 maggio p.v.

Unitamente a tali certificati verrà recapitata una scheda di colore azzurro tramite la quale ognuno di noi potrà esprimere un parere circa la donazione dei propri organi, dopo la morte, a scopo di trapianto terapeutico.

Si tratta del primo passo nell'attuazione della nuova Legge su donazioni e trapianti d'organo, entrata in vigore, dopo lunga e scrupolosa preparazione, nella primavera dello scorso anno.

La scheda porrà ai cittadini un quesito formulato in modo semplice e che richiederà un'altrettanto semplice risposta: basterà infatti esprimere con un "sì" o con un "no" la volontà a donare i propri organi dopo la morte. La tessera dovrà essere poi conservata fra i documenti personali e portata quindi con sé.

Il nostro Paese vive purtroppo una cronica carenza di organi, legata al basso numero di donatori presente soprattutto nell'Italia del Sud.

Nella nostra Regione, nonostante un'elevata percentuale di donazioni, vi erano alla fine del '99 circa 1300 pazienti in attesa di un rene, 34 in attesa di un cuore e 65 in attesa di un fegato.

Il nostro Ospedale si è distinto nel 1999 per il numero elevato di donazioni: sono state infatti 11, tenendo

presente che si parlava di un Ospeda-



Il freddo dato numerico nasconde una realtà incoraggiante, rappresentata dalla indiscutibile crescita umana e culturale dei nostri concittadini. Molta strada, però, è ancora da percorrere, molti dubbi sono ancora da chiarire, molte paure finalmente da fugare.

La scelta che saremo tutti chiamati a fare nei prossimi giorni è di estrema importanza e non può essere fatta senza una doverosa riflessione. E' in fondo questo lo spirito della Legge: porre i cittadini di fronte ad un problema troppo a lungo sottovalutato o, peggio ancora, ignorato. La consapevolezza di essere parte di una stessa comunità sociale ed il senso di umana solidarietà su cui fonda le proprie basi la convivenza civile, forniranno i mezzi

per rispondere serenamente, ma in modo responsabile, alla domanda.

La nostra Azienda, nelle persone dei Coordinatori Locali a donazioni e prelievi, mette a disposizione un numero telefonico cui il cittadino potrà rivolgersi per avere risposta a qualunque dubbio o perplessità circa la donazione d'organo (Ufficio Informazioni 0522/296677).

**Laura Favilli
Manuela Salsi**
Coordinatori Locali a donazioni e prelievi d'organo



Comitato
DONA-RE



**Campagna Regionale
"Una scelta consapevole" per
l'informazione e la sensibilizzazione
alla donazione degli organi"**

Si è svolto il 14 Maggio 2000 alle ore 21.00 il concerto del Maestro Andrea Griminelli presso la Sala del Tricolore del Comune di Reggio Emilia in occasione della 3^a Giornata Nazionale "Donazione e Trapianto di Organi".

Gli obiettivi

del Servizio Infermieristico

Coerentemente con quanto sottolineato nel Piano Sanitario Regionale 1999-2000 relativamente al capitolo "Risorse Umane" e riconfermato dalla Direzione Strategica dell'Azienda Ospedaliera, nel piano delle Azioni 2000 "coinvolgimento e crescita professionale degli operatori", il Servizio di Assistenza Infermieristica e Tecnica ha ritenuto di dovere definire una strategia d'intervento per produrre, in un biennio, risultati tesi a valorizzare l'autonomia professionale, a ricercare dimensioni organizzative a carattere dipartimentale e di adottare sistemi di sviluppo della risorsa umana attraverso la definizione dei profili di competenze.

E' nell'ambito di questo contesto che il Servizio Assistenza Infermieristica e Tecnica, di concerto con tutti gli operatori, intende promuovere due tipologie di progetti:

il 1° teso a rafforzare elementi di professionalizzazione

il 2° mirato a rendere evidenza ad attività compiute in ambito Aziendale.



Progetti trasversali

Implementazione progetto Consulenza Infermieristica

La consulenza Infermieristica rappresenta un fattore di elevata valorizzazione della competenza.

Questo innovativo approccio alla valorizzazione della competenza, nasce da una necessità degli infermieri di dimostrare la propria competenza nella gestione della loro attività quotidiana, facendo emergere sempre di più le complessità presenti in determinate aree ad elevato impegno assistenziale ed evidenziando il loro impegno professionale nel garantire al cittadino prestazioni di elevata qualità.

Descrizione delle posizioni di lavoro e mappatura delle competenze (biennale)

La job description rappresenta la descrizione delle posizioni di lavoro a livello aziendale specificando le finalità del ruolo, delle competenze, la necessità di formazione.

Rappresenta una fotografia delle risorse qualitativamente presenti all'interno dell'Azienda per ogni area/settore di intervento professionale e non.

La mappatura delle competenze rappresenta un ap-



proccio centrato sulle competenze professionali, dove la competenza è l'esito di un processo formativo, istituzionale e aziendale.

Censimento e revisione dei protocolli infermieristici, tecnici e di supporto secondo il modello dell'accreditamento regionale e creazione di "profili assistenziali" condivisi dall'intero gruppo professionale (biennale).

Si tratta di "agire verso" l'ottica dell'accreditamento professionale dove il professionista deve adottare il criterio di operare privilegiando l'uso di strumenti, tecniche, soluzioni organizzative di approvata efficacia.....

La predisposizione delle procedure è fondamentale per rendere il più possibile oggettivo, sistematico e verificabile lo svolgimento delle attività, soprattutto quando la complessità della struttura e l'importanza della dell'attività lo richiedono.

Permette di evitare problemi dovuti al fatto che il lavoro venga svolto in base a prassi di dominio personale che pregiudichino l'integrazione e l'intercambiabilità del personale.

Inserimento/Addestramento del personale neo-assunto (biennale)

Le risorse umane sono fondamentali per la guida dell'organizzazione e la sua corretta gestione; è necessario pertanto che le modalità di inserimento/addestramento vengano particolarmente curate sotto tutti gli aspetti e per il personale che opera ad ogni livello della struttura. La specifica struttura organizzativa d'inserimento deve identificare le esigenze di affiancamento/addestramento del personale e predisporre e mantenere attive procedure documentate per gestirle.

Un adeguato addestramento deve essere garantito ad ogni livello di operatività.

Creazione regolamento di gestione del personale a livello Aziendale e Dipartimentale.

L'esigenza di una chiarificazione e una ridefinizione dello status delle discipline e delle tecniche relative alla gestione delle risorse umane, si è imposta in concomitanza all'affermazione della rilevanza strategica della gestione del personale, sulla quale c'è un'estesa concordanza.

Occorre pertanto costruire una map-

pa del valore delle risorse umane che si sviluppa su quattro quadranti:

- Ø il primo riguarda la costituzione delle competenze, cioè il processo di acculturazione e di professionalizzazione,
- Ø il secondo considera la costituzione delle relazioni,
- Ø il terzo l'erogazione indiretta o diretta della prestazione,
- Ø il quarto la valorizzazione della prestazione.

Implementazione Scheda Terapeutica Integrata a livello Dipartimentale

La documentazione sanitaria si inserisce come momento di incontro tra i Professionisti Sanitari e i soggetti con i quali, ai vari livelli, essi entrano in contatto: il Cittadino-Cliente, l'Azienda, la Struttura Sanitaria, le Autorità Istituzionali di ordine professionale ecc...

Per rispondere in modo adeguato ai diversi interlocutori, i Professionisti Sanitari sono tenuti a documentare il proprio specifico operato, identificabile e distinguibile ma integrato in un sistema informativo comune e condiviso.

*di Marina Iemmi
Responsabile Servizio Assistenza Infermieristica e Tecnica*



Ristorazione e Comfort Alberghiero

Primi risultati del Gruppo di Miglioramento "Ristorazione e Comfort Alberghiero"

Come preannunciato nella news precedente si è costituito, presso il Dipartimento Materno Infantile il gruppo di miglioramento "Ristorazione e comfort alberghiero".

L'esigenza di costituire il gruppo di lavoro è nata in seguito all'esame dei questionari compilati alla dimissione dalle persone ricoverate e alle analisi dei problemi presenti nelle unità operative di ostetricia e ginecologia, alle quali si è poi aggiunta la Pediatria.

Il Dipartimento Alberghiero per costituire il gruppo di miglioramento ha coinvolto il Dirigente del Servizio Infermieristico, le caposala delle Unità Operative ostetricia e pediatria, il personale O.T.A. ed ausiliario che lavora presso le unità di ostetricia, ginecologia, sala parto, pediatria, dozzinanti ed il responsabile della dispensa.

Il gruppo di lavoro è coordinato dalla caposala, Lisetta Morani. Protagonisti sono O.T.A. ed ausiliari in quanto operanti in diretto contatto con il paziente, le discussioni e le de-

cisioni prese nel gruppo vengono poi, dallo stesso personale, riferite e condivise con le caposala interessate.

Data la presenza di numerosi ricoverati extracomunitari, una prima analisi dei problemi relativi alle modalità di soddisfare il bisogno di alimentazione ha condotto ad una valutazione del menù ospedaliero che tenga conto delle loro esigenze alimentari e del disagio espresso dai dipendenti impegnati nella soddisfazione del bisogno.

Si è discusso, elaborato e data operatività alla traduzione in diverse lingue: inglese, francese, cinese, indiano, arabo del menù ospedaliero e della descrizione accanto ad ogni piatto dei suoi principali ingredienti ed in particolare si è messo in evidenza l'impiego di carne di maiale per la sua preparazione.

Inoltre durante l'elaborazione del menù estivo, compatibilmente con l'organizzazione della giornata alimentare, si è operato anche per chi ha esigenze religiose particolari garantendo sufficiente varietà nei secondi piatti

disponibili di modo che tutti i giorni siano offerte diverse scelte anche per chi non consuma carne suina. Pertanto il menù estivo distribuito in tutte le u.o. dell'ospedale porta l'indicazione dei piatti che la contengono. Il gruppo di miglioramento ha poi preso in considerazione l'applicazione della legge relativa all'autocontrollo igienico nella distribuzione e conservazione dei pasti.

L'osservazione costante da parte del personale che in prima persona partecipa alla soddisfazione dei bisogni alberghieri permette di monitorare le esigenze contingenti delle persone ricoverate e nello stesso tempo di concentrare l'attenzione anche sulle necessità legate al comfort alberghiero.



Miglioriamo insieme



la nostra mensa

L'attività coordinata ed il particolare impegno profuso dalle diverse figure professionali operanti nel servizio di ristorazione (cuochi, dietiste, personale amministrativo) combinata con l'impiego di aggiornati strumenti informatici ha permesso di migliorare la qualità della mensa senza l'aggravio di costi aggiuntivi.

Menù vario

Da qualche giorno avrete notato che sono disponibili nuove pietanze: dalle farfalle mari e monti al risotto allo speck, dalla trota al cartoccio al merluzzo alla pescatora, ecc..

Si è cercato di fornire ai dipendenti un servizio qualitativamente elevato proponendo un menù a rotazione quindicinale all'interno del quale i piatti forti non si ripetano e in cui siano presenti, quasi tutti i giorni, sia la carne che il pesce, i formaggi ed i salumi in modo da soddisfare ogni esigenza.

In particolare si è dato ampio risalto al pesce che viene cucinato con nuove modalità per renderlo più appetibile nella consapevolezza che i reggiani sono maggiormente orientati al consumo della carne nonostante conoscano gli effetti benefici sulla propria salute di una dieta ricca di pesce. L'installazione poi della vetrinetta refrigerata (richiesta dalle norme HACCP per il mantenimento della temperatura dei piatti freddi) ci ha permesso di inserire nel menù diversi tipi di insalate come quella di riso, di pasta, di polipo oppure altri piatti freddi come la caprese, il roast beef, ecc. molto graditi nel periodo estivo

Per chi si vuole bene

Il nuovo menù esposto nei locali mensa fornisce le principali indicazioni nutrizionali per ciascuna vivanda offerta mettendo a disposizione di chi ne è interessato i dati sul contenuto di glucidi, lipidi, protidi, e calorie di ogni razione media orientando conseguentemente la scelta a seconda delle esigenze personali. Ciò consente di

tenere meglio sotto controllo il bilancio alimentare quotidiano; se infatti a pranzo si sono scelte vivande ad alto contenuto proteico ci si potrà meglio regolare su cosa mangiare per cena.

Se poi qualcuno ha problemi di linea avrà modo di scegliere tra le diverse opportunità a disposizione orientandosi, per ritornare in forma, verso quei piatti con minor apporto calorico.

Verso la certificazione

Per mantenere costante il livello qualitativo dei prodotti offerti l'attività produttiva viene svolta seguendo precise regole, definite insieme ai lavoratori addetti, e sintetizzate nella scheda di produzione predisposta per ciascuna serie di piatti cucinati. Attraverso l'impiego di aggiornati strumenti informatici infatti si sono potuti indicare in ogni scheda gli ingredienti, il peso sia delle materie prime



In foto (da sinistra a destra): Sonia Garcia Ayala, Emilia Staiti, Giuseppe Galli, Lorenza Fontanesi.

che del prodotto finito, le modalità di preparazione, di conservazione, di distribuzione, i costi, i componenti dietetici. In sintesi tutto il servizio di ristorazione, dalla cucina, alla dispensa, alla mensa ha iniziato il percorso che conduce alla certificazione del prodotto finito; percorso che potrà essere completato allorché si passerà nei locali della nuova cucina. Di questo però parleremo la prossima volta.

Dai un voto alla tua mensa

Poiché l'obiettivo che ci si prefigge è quello della soddisfazione dell'utente si intende costituire una Commissione di valutazione del pasto composta da dipendenti che usufruiscono della mensa. Il coinvolgimento dell'utente, infatti, è essenziale non solo in occasione dei rinnovi del menù ma anche per fornire quei suggerimenti che permettono di avere un miglioramento continuo del servizio, nell'ottica di crearlo sempre più a misura dell'utente.

Prossimamente pertanto saranno esposte in mensa delle schede con le quali chi è interessato segnalerà la propria adesione all'iniziativa. Si presume che le adesioni saranno numerose considerando che "l'utente" è ognuno di noi!!!

di Elisa Gherardi
Dipartimento
Alberghiero

RISOTTO ALLO SPECK

Ingredienti per 3 persone:
Speck 100 gr.
Mezza cipolla tritata
3 cucchiaini di olio di mais
Riso fino ribe parboiled
Radicchio rosso 50 gr.
Vino bianco - mezzo bicchiere
Brodo di dado - mezzo bicchiere
Panna 100 gr. (a piacere)

Tagliare lo speck a listarelle, rosolare l'olio e la cipolla, aggiungere il vino bianco e lo speck e cuocere per 5 minuti.
Unire quindi il radicchio tagliato a listarelle, il brodo, il riso e portare a cottura.
A fine cottura si può aggiungere la panna.

BUON APPETITO!

Accordi *Sindacali*



S
P
E
C
I
A
L
E

P
E
R
S
O
N
A
L
E

Sono stati recentemente siglati importanti accordi sindacali che coinvolgono sia il personale della Dirigenza sia quello del Comparto. Gli incontri fra Direzione Aziendale e rappresentanti dei lavoratori si sono tenuti secondo il calendario sotto riportato:

- 31.3.2000** Chiusura accordo su produttività 1999 Area Dirigenza Medica;
- 14.4.2000** Accordo su saldo produttività 1999 Area Comparto, concluso in forma interaziendale congiunta insieme alle rappresentanze della Direzione e delle OO.SS. dell'Azienda USL di Reggio Emilia;
- 17.4.2000** Chiusura accordo su produttività 1999 Area Dirigenza Sanitaria, Amministrativa, Tecnica e Professionale.

A questo proposito, il Nucleo di Valutazione aziendale, incaricato della verifica sul raggiungimento degli obiettivi fissati per l'anno 1999, è attualmente all'opera per giungere alla conclusione del proprio lavoro entro il mese di maggio 2000.

In base agli accordi sopra menzionati, i pagamenti di quanto dovuto a titolo di conguaglio verranno effettuati nel prossimo mese di giugno.

di Alessandro Bertinelli - Dirigente Responsabile dell'Ufficio Politiche e Sviluppo delle Risorse Umane

La proroga della validità delle graduatorie di concorso contenuta nella Legge Finanziaria 2000

Nella Legge n. 488 del 23.12.1999 (Legge Finanziaria 2000) è contenuta una norma specifica con la quale sono state apportate significative modificazioni alla normativa in vigore per quanto attiene alla validità delle graduatorie di concorso delle Amministrazioni Pubbliche, tra cui le Aziende USL e Ospedaliere, prevedendone sostanzialmente un utilizzo più ampio nel tempo.

Non è la prima volta che il legislatore interviene con disposizioni di questa natura e l'Ufficio Concorsi dell'Arcispedale ha accolto, come negli altri casi, il provvedimento con molto favore sia per la possibilità di riuscire a ricoprire, con maggiore tempestività, i posti che si rendono vacanti nei Servizi e nelle Unità Operative, sia per il minor carico di lavoro che presumibilmente dovrebbe ricadere sullo stesso Ufficio Concorsi nel corrente anno, avendo un numero inferiore di nuovi concorsi da espletare.

Le citate disposizioni prevedono, in particolare, quanto segue:

- a)** è stata elevata da 18 a 24 mesi, e comunque fino al 31.12.2000, la validità delle graduatorie di concorso per il reclutamento del personale, anche con qualifica dirigenziale: questa disposizione interessa sia le graduatorie già vigenti al momento dell'entrata in vigore della legge che quelle approvate in data successiva nonché quelle che verranno approvate in futuro;
- b)** è stata disposta, inoltre, fino al 31.12.2000 la proroga delle graduatorie di concorso comunque in vigore alla data del 31.12.1998: questa disposizione interessa sia graduatorie che erano ancora vigenti al momento dell'entrata in vigore della legge ma anche graduatorie che nel corso del 1999 erano già scadute e che "rivivono" pertanto per tutto il corrente anno.

A seguito di quanto sopra, il Servizio Gestione Personale ha provveduto ad effettuare la ricognizione di tutte le graduatorie di concorso valide presso l'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova, sia di concorso pubblico che di pubblica selezione per incarichi temporanei, indicando altresì, a fianco di ognuna, la nuova scadenza che si è determinata.

Coloro che eventualmente fossero interessati ad avere informazioni in merito potranno rivolgersi all'Ufficio Concorsi dell'Arcispedale S. Maria Nuova, Via Sani, 15 Reggio Emilia (tel. 296815, 296816) nei seguenti orari: dal lunedì al venerdì, al mattino, dalle 9 alle 13 e al pomeriggio dalle 15 alle 16.30.

di Liviana Fava - Dirigente Responsabile del Servizio Gestione Personale



SCRIVERE

C
R
I
V
E
R
E



Scrivere una relazione, un rapporto, un diario, un articolo, una consegna o una poesia.

Scrivere per dovere ma anche per piacere personale.

Cosa ci spinge a scrivere?

Si scrive per chiarire le idee, per l'impellente bisogno di mettere "nero su bianco" la nostra voce interiore, per fermare su una pagina un sogno che non vogliamo dimenticare o per raccontare una storia.

Si scrive in prosa ma anche in versi perchè non sempre la ragione sa interpretare la voce del cuore.

Che si rivolga ad uno strumento informativo o realizzi una forma espressiva ed artistica la scrittura risponde ad un'unica necessità: comunicare.

Ma perchè la comunicazione sia efficace è necessario imparare a sorprenderci e ad affondare lo sguardo nelle sensazioni e nelle cose, senza bloccare le emozioni, senza giudicare: solo allora la scrittura può sbocciare. Occorre essere disposti a rischiare: scrivere è mettersi un po' a nudo.

E allora scrivete alla redazione di Notizie per far conoscere la vostra piccola o grande produzione letteraria: questo spazio è dedicato a voi.

Segnaliamo volentieri, in questo numero della rivista, il romanzo scritto da Claudio Dotti, dirigente del Laboratorio di Endocrinologia dell'Arcispedale. E' un racconto storico fantastico ambientato nella Russia dei primi decenni del settecento.

di Patrizia Beltrami - Unità Operativa di Pediatria

NUOVE NOMINE

U
O
V
E
N
O
M
I
N
E

La Direzione Aziendale ha disposto una riorganizzazione di alcune funzioni dei Servizi Amministrativi Centrali, al momento in via sperimentale dal 1° maggio '00, attribuendo nuovi incarichi a Dirigenti già in servizio.



Dr. Giovanni Bladelli

Responsabile dell'Ufficio Affari
Giuridici e Legali
e dell'Ufficio Relazioni Sindacali



Dr. Alessandro Bertinelli

Responsabile dell'Ufficio Politiche
e Sviluppo delle Risorse Umane
e dell'Ufficio Libera Professione



Dr.ssa Liviana Fava

Responsabile
del Servizio
Gestione del Personale

CORSI E CONVEGNI

C
O
R
S
I
E
C
O
N
V
E
G
N
I

21/06/2000

U.O. Anestesia e Rianimazione

**FARMACONUTRIZIONE:
dalla teoria alla pratica**

Pad. Spallanzani



15-19/05/2000

U.O. Endocrinologia

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

Pad. Spallanzani



27/05/2000

U.O. Neurologia

Convegno
SCLEROSI MULTIPLA
Aspetti clinici e sociali

Centro Esposizione EXPO
Via Filangieri, 16 - R.E.