



ARCISPEDALE
SANTA MARIA NUOVA

AZIENDA OSPEDALIERA
REGGIO EMILIA

Regione Emilia-Romagna

Notizie



NOTIZIE

PERIODICO BIMESTRALE
dell'ARCISPEDALE S. MARIA NUOVA
di REGGIO EMILIA

Reg. Trib. di Reggio E. n. 940 del 11/02/97
ANNO VII - 2001 - N. 1
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

Sara Baruzzo
Barbara Curcio Rubertini
Sonia Ceccarelli
Loretta Fontanesi
Debora Formisano
Giovanni Fornaciari
Giovanni Guatelli
Annarita Guglielmi
Annamaria Pisi
Maria Ravelli
Angela Saffioti e Infermieri Centrale Operativa
Vittoria Sturlese
Ivan Trenti
Nicoletta Vinsani e Infermiere Pediatria

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: 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

Carta dei Valori e degli Impegni pag. 3
Visite di verifiche sui requisiti di autorizzazione pag. 5
Piano di Emergenza Interna - La sicurezza in evoluzione pag. 7

I SERVIZI RACCONTATI

Segreteria unificata Dipartimento Chirurgico 1° pag. 8
Nuova sede per il Day Hospital Ematologico pag. 9
Chi è l'infermiere della Centrale Operativa 118 pag. 10

INSERTO

Codice di comportamento dei dipendenti
delle pubbliche amministrazioni pag. 11

FORMAZIONE

Infermieri in Pediatria: noi vi accogliamo così pag. 16
E.C.M. on line pag. 27

CURE PALLIATIVE

Alcune definizioni, osservazioni e proposte per la discussione pag. 20

NOVITA'

Nuovo Consiglio Società Lazzaro Spallanzani pag. 22

CONVEGNI

pag. 22

NOVITA' DAL DIPARTIMENTO ALBERGHIERO

Per una maggiore tranquillità in Ospedale pag. 23

Filo diretto con la Direzione Aziendale



Cosa vorresti dire o chiedere alla Direzione Aziendale?

Vuoi porre domande, questioni, proposte?

Scrivi e la Direzione Aziendale risponde.

Puoi utilizzare la posta elettronica scrivendo a:

Redazione.Notizie@asmn.re.it

oppure scrivere direttamente una lettera alla
Redazione di Notizie, Ufficio Sviluppo Organizzati-
vo, Via Sani 15, e inviarla per posta interna

La risposta ti verrà fornita consultando gli esper-
ti dell'argomento che vorrai trattare.

Sarà cura della Redazione garantire una rispo-
sta utilizzando vari canali: lettera scritta, incontro,
telefonata, e mail...



Carta dei Valori e degli Impegni

Cari lettori, approfittiamo di questo spazio editoriale (che d'ora in poi avrà una cadenza fissa bimestrale) per aggiornare sullo stato di avanzamento del progetto "Carta dei Valori e degli Impegni" e per ringraziare tutti coloro, tra gli operatori, che hanno collaborato alla costruzione di un così importante documento aziendale.

Per coloro che ne sentono parlare per la prima volta, la costruzione di una Carta dei valori e degli impegni aziendale è stato uno dei primi mandati che la nuova Direzione dell'ASMN ha dato all'Ufficio Sviluppo Organizzativo.

È un progetto rilevante non solo per la sua valenza intrinseca come progetto capostipite di tutti gli altri ma anche perché "la carta dei valori e degli impegni" è stata concepita come uno strumento vivo e dinamico su cui fondare l'attività di progettazione e pianificazione annuale nonché i sistemi di valutazione interni. Seguendo le linee guida presenti nell'ultimo Piano Sanitario Regionale (1999-2001) la Carta intende promuovere quella cultura di rete, necessaria a una sempre maggior integrazione fra ruoli e finalizzata al miglioramento delle prestazioni diagnostiche curative e preventive: per questo il progetto ha previsto il coinvolgimento attivo dei professionisti, e il confronto con i committenti (individuati fra gli attori politici, sociali ed economici).

Le finalità specifiche della carta dei valori e degli impegni si possono individuare più specificatamente nel:

- ✓ aggiornare la missione aziendale e fornire la base per costruire le missioni dipartimentali;
- ✓ rilanciare il Piano Aziendale di Miglioramento e Sviluppo sui va-

lori e gli impegni dichiarati;

- ✓ capitalizzare le esperienze e l'alto livello di impegno e competenze maturate dall'Arcispedale nell'area dei sistemi qualità.

Nel periodo che va da marzo 2000 ad Aprile 2001 si sono avvicendate principalmente cinque fasi di sviluppo del progetto, che hanno avuto connotazioni diverse sia in base agli attori coinvolti sia in base agli strumenti d'analisi utilizzati.

I. La fase documentale

Si può definire di analisi su documenti di testo ed ha coinvolto un gruppo di studio ristretto interno all'USO, alla Direzione Medica di Presidio, al Servizio Assistenza Infermieristica e Tecnica e al Controllo di Gestione: in particolare vi sono stati una serie di incontri, nei quali si sono letti, analizzati e integrati i principali documenti prodotti a livello nazionale, regionale, provinciale e aziendale al fine di recuperare i valori e gli impegni presenti.

L'analisi è stata condotta utilizzando come riferimento interpretativo i punti delle linee guida del Manuale dell'Accreditamento della Regione Emilia Romagna.

Il lavoro, condotto per piccoli gruppi, ha permesso la produzione di diverse matrici che hanno rispecchiato i livelli organizzativi (Stato, Regione, Provincia, Azienda) per concludere con una matrice di sintesi che è



diventata la prima bozza della carta dei valori e degli impegni su cui si è fondato poi il lavoro successivo.

II. La ricerca sul campo

Essa ha coinvolto diversi attori, componenti dell'USO, professionisti o gruppi di professionisti; in essa si è ricercato un confronto diretto (face to face) individuale e collettivo, utilizzando differenti strumenti operativi, sugli assunti della prima bozza di carta al fine di trarre suggerimenti, valutazioni e spunti sui valori e i relativi impegni espressi nella carta.

In seguito ai singoli momenti di confronto è stata prevista la compilazione di una reportistica in cui sono stati registrati gli spunti innovativi e le integrazioni ai singoli valori presenti nella Carta.

Complessivamente gli operatori coinvolti sono stati circa 300 professionisti. In questa fase si è tentato di verificare ed osservare la percezione che ogni singolo individuo ha sviluppato rispetto all'ASMN, il contenuto comunicativo delle valutazioni espresse, l'investimento valoriale ed emotivo che si

I N sviluppa nelle relazioni individuali e collettive che hanno luogo all'interno dell'Azienda.

P R Per far questo ci si è avvalsi di differenti strumenti operativi o tecniche di ricerca qualitativa:

M O a) interviste a testimoni significativi,
b) focus groups,
c) gruppi di lavoro.

III. La fase di elaborazione

A N In essa si è avviata una interpretazione ed un'analisi di tutti i report prodotti nella fase precedente; tale fase ha nuovamente coinvolto il gruppo di lavoro interno all'USO, che attraverso un lavoro di integrazione ha ottimizzato tutte le valutazioni espresse dai professionisti fino ad arrivare alla stesura definitiva della Carta dei Valori e degli Impegni.

IV. La fase di approfondimento organizzativo

In pratica, attraverso un lavoro d'analisi sui contenuti di tutta la reportistica prodotta nelle fasi precedenti, è stata costruita una relazione in cui si approfondiscono PUNTI DI FORZA, AREE DI MIGLIORAMENTO E AZIONI SUGGERITE, a livello aziendale e specifico, in base a una griglia interpretativa, che ha tenuto conto dei punti esplorati nelle interviste:

- ✓ la comunicazione interna e l'integrazione fra diversi ruoli operativi;
- ✓ attenzione e sviluppo del ruolo del professionista;
- ✓ cultura dell'integrazione interna ed esterna;
- ✓ attenzione alle esigenze del cittadino-utente;
- ✓ verso il futuro.

Quindi ogni area tematica è stata analizzata (mettendo in evidenza appunto le criticità, le azioni suggerite e i punti di forza percepiti dai professionisti) al fine di consentire ai vari livelli delle direzioni aziendali (Generale, Sanitaria, Amministrativa, di Dipartimento e di Unità Operativa) di orientare le scelte di politica, pianificazione e miglioramento (troverete una copia del report sulla pagina Intranet entro maggio).

V. Il confronto con l'esterno

In questa fase si è avviato un proces-

so di consultazione dei committenti e degli stakeholder, individuati in differenti testimoni - chiave dell'universo politico, economico e sociale nel territorio reggiano: ad essi è stata presentata la versione finale della Carta e, attraverso interviste informative, si sono monitorate le loro valutazioni, in modo da capire se la Carta è stata costruita sulle reali priorità della comunità; inoltre si è cercato di reperire la disponibilità di tali attori sociali a collaborare all'implementazione del progetto nella comunità locale attraverso la formulazione di azioni specifiche.

La Carta vive sulle nostre azioni

Nell'immediato futuro si intende istituire un gruppo di valutazione il più esteso possibile (con i referenti degli altri progetti a livello di U.O) che abbia le funzioni di definire gli impegni specifici a livello dipartimentale e di predisporre un piano di verifiche interne degli impegni contenuti nella Carta: proprio qui il progetto Carta dei Valori dovrebbe entrare nel vivo della sua attuazione, attraverso la concertazione di standard ed indicatori di verifica che serviranno sia a valutare la reale coerenza degli impegni con le azioni sia a strutturare una Politica per la Qualità dipartimentale consolidata, ma soprattutto interiorizzata da ogni singolo operatore.

Ringraziamo ancora tutti per la disponibilità dimostrata e vi invitiamo a riflettere sui contenuti della Carta, presente in questo numero di Notizie, nonché sugli spunti organizzativi presenti nel report riportato sulla nostra pagina Intranet.

di Barbara Curcio Rubertini

Vittoria Sturlese

Ufficio Sviluppo Organizzativo



Visite di verifica sui requisiti di autorizzazione

L modello di Accreditamento regionale prevede la definizione del sistema qualità aziendale al fine di garantire sicurezza dei processi aziendali attraverso programmi periodici di valutazione ai diversi livelli dell'organizzazione (direzione e dipartimenti) con l'obiettivo finale di produrre servizi/prodotti di qualità clinica e organizzativa soddisfacenti. Nella nostra azienda per far sì che l'intero processo sia partecipato dai professionisti è stata definita una rete dipartimentale di responsabili medici e infermieristici/tecnici che in modo integrato lavorano con la rete dei referenti di unità operativa.

E' importante sottolineare che si è scelto anche di condurre la formazione utilizzando risorse interne e questo per far sì che sia utilizzato il patrimonio già esistente sia in termini di contenuti che di strumenti.

Il percorso è iniziato nell'autunno 2000 e le prime verifiche di confor-

mità per i soli requisiti di autorizzazione (che è il 1° passo verso l'accreditamento) sono state condotte dal 2 al 12 aprile 2001.

Le verifiche sono state condotte a livello dipartimentale da un gruppo di professionisti composto da operatori dell'Ufficio Sviluppo Organizzativo, titolare della conduzione delle stesse, della Direzione Medica di Presidio e del Servizio Infermieristico e Tecnico. Inoltre erano presenti in veste di "osservatori" i referenti dipartimentali della rete.

Le verifiche hanno rispettato le medesime modalità di conduzione regionale e si sono svolte in un clima di positiva collaborazione. L'analisi di conformità sul livello documentale ha evidenziato, in alcuni dipartimenti, delle criticità che sono poi state confermate in sede di discussione finale dei risultati. Le verifiche infatti, per avere "valore aggiunto" e per far crescere l'organizzazione in tutti i suoi

aspetti devono essere viste come momento di confronto come si è verificato nella nostra azienda.

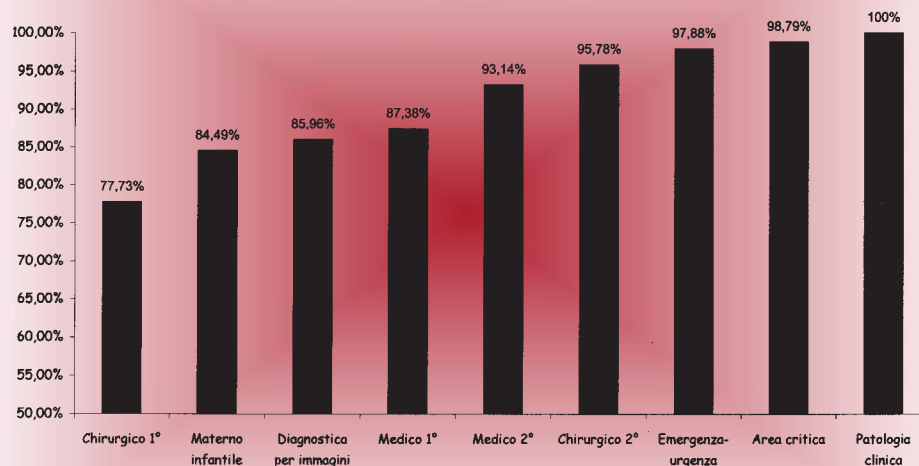
I punti critici, comuni a quasi tutti i dipartimenti/unità operative hanno riguardato la definizione del sistema informativo, la verifica dei risultati e il conseguente miglioramento. Sugli altri punti l'adeguamento ai requisiti è stato soddisfacente ed è possibile affermare che il capitolo della pianificazione è stato quello su cui i dipartimenti/unità operative hanno lavorato maggiormente per la definizione puntuale dell'organizzazione del lavoro, le responsabilità delegate e/o aggiuntive. Questo ha dimostrato che la documentazione, indispensabile per dare evidenza dell'esistente, è necessaria per "codificare", "oggettivare" e rendere "trasparente" l'organizzazione e i prodotti/servizi che si forniscono attraverso anche la definizione dei loro standard di qualità.

A carico dei dipartimenti è la definizione dei piani di miglioramento che prevedono la definizione delle azioni, i tempi di realizzazione e l'assunzione di responsabilità per l'adeguamento ai requisiti critici.

Il grafico a fianco riportato esprime il grado di conformità ai requisiti di autorizzazione verificati dei singoli dipartimenti. La valutazione del dipartimento risulta come sommatoria delle valutazioni delle unità operative che lo compongono, per i requisiti di esclusiva loro competenza, e della valutazione sui requisiti di competenza del dipartimento, il tutto rapportato a 100.

Arcispedale S. Maria Nuova - Az. Ospedaliera di Reggio Emilia - Ufficio Sviluppo Organizzativo

Visite interne ai Dipartimenti per la verifica dei requisiti di risultato anno 2000
Punteggio di conformità alla check list di autorizzazione



Visite effettuate nel mese di aprile 2001

**di Maria Ravelli,
Sara Baruzzo,
Debora Formisano**
Ufficio Sviluppo
Organizzativo

Piano di Emergenza Interno

La sicurezza in evoluzione

Stiamo preparando una prova di evacuazione in un reparto che verrà preavvisato. Proponiamo qui un approfondimento, tratto dal manuale "Incendio in ospedale" della Regione Piemonte - Servizio Protezione Civile, di alcune condizioni basilari per avere organizzazione efficace; incontreremo direttamente le Unità Operative per proporre le ultime procedure elaborate.

Controllo della paura

La paura ha un ruolo fondamentale nel proteggere l'individuo, preparando l'organismo alla reazione e condizionandone il comportamento in modo da provocarne l'allontanamento dal pericolo.

L'uomo non è legato solo all'istinto di fuga, difesa, aggressività: il grado di evoluzione maggiore consente l'elaborazione di risposte dettate dalla conoscenza e dall'apprendimento. E' quindi possibile insegnare all'uomo cosa fare in determinate situazioni di pericolo, riducendo il rischio di insorgenza del panico. Viceversa la percezione di un rischio sconosciuto può far degenerare la paura in panico, provocando comportamenti che perdono la loro funzione di preservare la salute e aumentano anche il rischio per gli altri.

Il poter disporre di persone addestrate garantisce una reazione ottimale (pensiamo che l'esperienza e la pratica portano i Vigili del Fuoco al comportamento più efficace); davanti a una situazione di grande rischio le possibilità di salvezza sono tanto più elevate quanto maggiore è il nostro autocontrollo, la capacità di mantenere un adeguato livello di razionalità; tuttavia le condizioni fisiche sono altrettanto importanti, soprattutto per il malato ricoverato in ospedale che vive in una situazione di dipendenza dal personale che lo assiste: le sensazioni di vulnerabilità e di inadeguatezza delle proprie forze, rendono il paziente facile vittima della insorgenza di paura incontrollabile e di panico. La paura è una emozione, quindi con la importante caratteristica di essere contagiosa.

In situazioni di grave pericolo le persone coinvolte, incapaci di trovare autonomamente una via di scampo, delegano molto più facilmente le decisioni a qualcuno che prenda il comando e che possa portarli in salvo.

Questa forma di gregarismo che si riscontra in situazioni di rischio permette di controllare più facilmente una massa di individui. Se dimostriamo di saperci comportare adeguatamente davanti al pericolo, e se offriamo soluzioni valide per la salvezza, le persone che ci circondano potranno incanalare le loro speranze e la loro paura in questa direzione.

E' chiaro che in questo modo siamo noi a diventare la chiave di volta per risolvere positivamente la situazione, ed ogni nostra insicurezza o cedimento farà vacillare la fiducia di chi ci sta seguendo.

Per questa ragione è importante addestrare tutti coloro che per qualsiasi ragione abbiano a che fare con gruppi di persone: il personale ospedaliero, insegnanti, steward e hostess.

Gestione dell'informazione

Se tutta la popolazione fosse adeguatamente informata sul comportamento da tenere in occasione di eventi quali incendi, terremoti, inondazioni, e in generale tutte le situazioni di rischio, le probabilità di insorgenza del panico sarebbero già in partenza molto ridotte.

Dobbiamo infatti considerare tre momenti in cui possiamo informare:

- stato di "esercizio"

non è presente nessun pericolo; l'informazione si svolge quindi in situazione di tranquillità. Si è nelle migliori condizioni per imparare, poiché non esistono esigenze di tempo e problemi psicologici dovuti ad un pericolo reale. Rientrano in questa categoria tutti i corsi di preparazione del personale ("addestramento"); i cartelli informativi sulle norme di comportamento da tenere in caso di emergenza raggiungono in questa fase la loro maggiore efficacia.

- stato di "allarme"

è presente un pericolo potenziale che non mette ancora a repentaglio la nostra sicurezza ma che potrebbe evolvere in senso peggiorativo. In questa fase è ancora possibile fornire informazioni strutturate, ma tempo e paura sono fattori limitanti di grande rilevanza. In questa fase è importante che l'informazione sia esauriente senza essere troppo allarmistica. I pazienti di un reparto che vedono uscire fumo dalle finestre del piano inferiore non saranno certamente soddisfatti nel sentirsi dire che "non sta succedendo nulla" o "probabilmente sta bruciando un cestino dei rifiuti".

Presumendo di essere in contatto telefonico con la portineria, quindi con Centrale Operativa e Vigili del Fuoco, è sicuramente più corretta una informazione del tipo:



"State calmi. Nel piano sottostante c'è un principio d'incendio, ma non c'è nessun pericolo. Stiamo provvedendo a spegnerlo. Stiamo tutti tranquilli. Fra dieci minuti vi daremo altre informazioni."

E' fondamentale che i pazienti vedano che gli operatori sono presenti: è quindi necessario passare rapidamente in rassegna le varie camere per tranquillizzare direttamente i malati, per rispondere alle loro domande e soprattutto per controllare che nessuno abbia lasciato le finestre aperte...

La promessa di "altre informazioni" non soltanto deve essere mantenuta, ma bisogna farlo anche con puntualità: dopo i dieci minuti citati nel primo comunicato, si aggiornerà la situazione, non fosse altro che per ribadire le stesse cose.

• stato di "emergenza"

il pericolo è attuale e il rischio già presente. In questa situazione non è possibile fornire informazioni complesse, ma solo indicazioni precise e soprattutto "chiuse", cioè che non inneschino dubbi o domande. Se si deve evacuare rapidamente un reparto, si potrà dire ai pazienti autosufficienti "Uscite dalla camera, girate a destra, troverete del personale che vi indicherà la via di fuga", oppure "Percorrete tutto il reparto, uscite dalla porta in fondo e andate al piano di sotto; lì troverete altra gente". Sembra molto più facile dire "Uscite e andate al reparto di Nefrologia; ma una cosa che a noi, nella concitazione del momento, sembra scontata, e cioè il sapere dove è esattamente posto il reparto di Nefrologia, può non essere assolutamente noto ai ricoverati. L'individuo in preda alla paura, ha bisogno di sicurezza perchè non si inneschi il panico. Occorre:

- garantire una via di salvezza alle persone impaurite, e conseguentemente a noi stessi
- dimostrare capacità di autocontrollo per acquisire la fiducia delle persone coinvolte
- impedire l'insorgere di iniziative singole dettate dalla disperazione.

Per possedere capacità di autocontrollo è necessario essere a conoscenza del rischio e disporre di schemi comportamentali predeterminati. E' altrettanto importante che le persone addestrate sappiano interagire evitando sovrapposizione di compiti o decisioni conflittuali.

La preparazione e la sperimentazione dei piani di emergenza permettono l'applicazione di una strategia funzionale in situazioni dove nulla può essere improvvisato.

Il dovere di salvare

Nella gestione di un Piano di Evacuazione Ospedaliera è appena il caso di ricordare: il personale che eventualmente dovrà evacuare i degenti in pericolo è sempre presente in numero esiguo nella fase di emergenza. Occorre pertanto conoscere e standardizzare gli interventi per ottimizzare le scarse risorse.

Riportiamo qui solo un esempio, fra le varie situazioni possibili, proposto nella formazione in un Ospedale di Torino: dopo opportuno addestramento potrebbe essere applicato anche nel Santa Maria Nuova, qualora si dovesse arrivare a una necessità di spostamento verticale, se lo spostamento orizzontale al piano non bastasse.

Tecnica adatta in presenza di scale, considerando inutilizzabili gli ascensori, senza l'ausilio di barelle, carrozzine, letto; da conoscere e provare più volte.



"Evacuazione con materasso -
adagiamento"



"Evacuazione con materasso
con 1 soccorritore"



"Evacuazione con materasso con
2 soccorritori"



"Discesa con materasso con
1 soccorritore"



"Discesa con materasso con
2 soccorritori"

Va differenziata la possibilità di collaborazione dei degenti in base alla loro patologia.

Se intervengono più soccorritori, il più esperto di loro assumerà il ruolo di leader e dirigerà le operazioni

Dopo avere posizionato il copriletto per terra, si adagia sopra di esso il materasso col paziente, e lo si trascina via facendo scivolare il copriletto.

Giunti presso le scale, se il trasporto è effettuato da un soccorritore, questo si deve portare dalla parte dei piedi e cominciare la discesa controllando che il paziente non scivoli dal materasso.

Se il trasporto è effettuato da due soccorritori sarà invece possibile controllare entrambe le estremità del materasso.

La gestione dei pazienti interessati dall'incendio e la predisposizione dei luoghi di accoglienza degli evacuati, dovrà essere quindi bene organizzata; queste regole saranno compatibili con le linee guida dei Piani di Emergenza per Massiccio Afflusso di Feriti, auspicati dalla Protezione Civile.

di Giovanni Guatelli

Responsabile Servizio Prevenzione
e Protezione

ISERVIZI RACCONTATI Segreteria unificata Dipartimento Chirurgico 1°

Realizzato lo sportello unico dipartimentale: le segretarie partecipano ad un momento formativo e al progetto di riorganizzazione che facilita i percorsi degli utenti e favorisce una migliore struttura organizzativa.

La Direzione Aziendale ritiene di dover perseguire l'integrazione trasversale delle strutture interne ai singoli dipartimenti, in un'ottica di ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse, di miglioramento delle prestazioni erogate e di semplificazione dei percorsi.

In tale contesto, presso l'Ufficio ubicato al 1° piano, nello spazio adiacente l'Unità Operativa di Endoscopia, è da pochi mesi attivo lo sportello unico dipartimentale, dedicato alla gestione della attività di prenotazione prima effettuata direttamente presso le Segreterie dei seguenti Reparti:

- ✓ Chirurgia 1°
- ✓ Chirurgia 2°
- ✓ Chirurgia Vascolare
- ✓ Chirurgia Toracica
- ✓ Endoscopia
- ✓ Urologia.

Trattasi della realizzazione di un progetto che:

- * favorisce i percorsi dell'utenza osservando fasce di apertura indiscutibilmente più ampie rispetto al passato
- * grazie alla rotazione allo sportello centralizzato di tutti gli amministrativi assegnati alle segreterie delle singole UU.OO., sono state superate le problematiche che prima si presentavano allorché si era costretti a limitare l'attività nei periodi di assenza del titolare, con inevitabili negative ricadute sul personale sanitario addetto ad altre fun-

alle prenotazioni effettuate in attività istituzionale.

In particolare si fa riferimento alla attività di prenotazione di prestazioni strumentali, alla attività di indirizzamento per l'effettuazione dei pre-operatori ed alla consegna dei referti.

Quanto prima, lo sportello unico gestirà anche l'attività di prenotazione effettuata in regime libero-professionale.

Nulla di modificato nel percorso di quelle indagini strumentali e visite già prenotate tramite CUP e/o presso i Poliambulatori.

La residua attività (prevalentemente costituita dalla gestione ed archiviazione delle cartelle cliniche) rimane all'interno dei singoli reparti. L'apertura della segreteria centralizzata è stata preceduta da un congruo periodo di addestramento dedicato alla formazione degli operatori ora in grado di far fronte all'attività di front office relativa a tutte le sei Unità Operative coinvolte.



*Le segretarie coinvolte nel progetto (da sx a dx):
Diana Parisi, Liliana Pantaleoni, Bigi Marisa, Emma Ronzoni,
Vincenza Foroni, Gloria Barbacini, Amelio Rosaria (assente in foto)*

- zioni,
- * fa registrare una sensibile diminuzione di pubblico all'interno delle corsie di reparto, con conseguente minor coinvolgimento del personale preposto all'assistenza diretta.

Alla Segreteria centralizzata fa capo tutta l'attività di front office connessa

rative coinvolte.

di Loretta Fontanesi

*Referente Amministrativo
Direzione Medica di Presidio*

Nuova sede per il Day Hospital Ematologico

Nel mese di marzo è avvenuto il trasferimento del day-hospital (D.H.) Ematologico dallo Spallanzani, dove condivideva insieme alla degenza il piano attico, al nuovo padiglione che ospita il reparto di malattie infettive. Questo trasferimento si è reso necessario per l'alto numero di pazienti in carico alla struttura, nel 2000 sono state seguite 8500 persone in regime di D.H. e più di 2000 con prestazioni ambulatoriali.

La nuova sede offre spazi più adeguati e moderni agli utenti, che possono usufruire di una sala di attesa con ambienti più ampi della precedente, di sale di degenza a due letti, con un conseguente miglioramento della privacy e del comfort individuale.

Anche per il personale medico ed infermieristico si è rilevato un sensibile miglioramento, sono infatti aumentati il numero degli ambulatori medici per le visite di controllo ed è stato istituito un ambulatorio ecografico. Aumentati e razionalizzati anche gli ambienti utilizzati dal personale infermieristico e di segreteria, prima costretti ad operare in condizione di carenza di spazio.

La caposala Sig.ra Maria Bonacini, intervistata per telefono, riferisce che il trasferimento ha avuto una ricaduta in positivo anche sul settore di degenza, prima costretto anch'esso in spazi ridotti, si trova ora a potere usufruire di tutto il piano attico con un importante miglioramento sul piano logistico che si tradurrà sicuramente in un benefico vantaggio per i pazienti degenti.



I nuovi locali del Day Hospital Ematologico



di Luca Scarano - Immunoematologia e Trasfusionale

Chi è l'infermiere di Centrale Operativa 118

I
S
E
R
V
I
Z
I

R
A
C
C
O
N
T
A
T
I

L'infermiere di Centrale Operativa 118 è il primo anello della catena dei soccorsi e nella maggior parte dei casi, è l'unico contatto professionale che l'utente ha in una situazione d'emergenza. Compito degli infermieri è quello di garantire il coordinamento di tutti gli interventi di soccorso sanitario nell'ambito territoriale di riferimento e di attivare la risposta ospedaliera 24 ore su 24.

All'infermiere di Centrale Operativa 118 è attribuita la responsabilità operativa nell'ambito dei protocolli della Centrale stessa.

Al 118 di Reggio Emilia sono presenti 20 infermieri che in regime di autogestione si alternano in turno per rispondere a chiamate dell'utenza in condizioni di emergenza sanitaria. Le chiamate arrivano da tutta la provincia e in base ad una suddivisione della stessa in distretti, l'infermiere, definite le risorse necessarie per affrontare al me-

glio l'evento, invia i mezzi (l'ambulanza e se necessaria e se presente il mezzo di soccorso avanzato).

In tempi naturalmente ristretti (inferiore al minuto), l'infermiere deve accogliere la richiesta di soccorso, porre le giuste domande per inviare i mezzi più idonei a rispondere alla domanda di soccorso.

Alla chiusura della chiamata segue poi l'allertamento dei mezzi del distretto di competenza e la loro partenza.

Un altro infermiere dedicato segue quindi l'evento da questo punto fino

all'arrivo dei mezzi a destinazione e il loro rientro in sede, fornisce istruzioni prearrivate alle persone presenti sul posto nell'attesa dell'arrivo del mezzo adeguato; egli indica la destinazione più idonea al caso e se necessario attiva altri mezzi di soccorso avanzato, mantenendo comunicazioni radio con la squadra dei soccorsi.

Nella sede di Reggio Emilia l'infermiere che opera in Centrale si alterna anche a turno in automedica prestando la sua opera sul "campo" diventa così lui stesso parte dell'equipe sanitaria extraospedaliera.



Questa scelta permette una rotazione che permette di mantenere un'ancoraggio alla realtà e ai problemi di chi si trova sulla "strada", e distende dalla tensione emotiva che quotidianamente l'infermiere di Centrale prova nell'intervista telefonica.

Gli infermieri del 118 provengono tutti o dall'area critica o dall'area emergenza/urgenza in conformità al D.P.R. del '92 e della Conferenza Stato Regioni del '96.

Per l'inserimento del nuovo infermiere, affiancato ad un Tutor, sono necessari almeno due mesi di formazio-

ne e studio dei protocolli in uso, solo dopo circa un anno egli può ritenersi sufficientemente preparato.

Da ciò si deduce che lavorare al 118 significa lavorare in un servizio ad alta specializzazione nel quale il personale deve essere qualificato, competente e continuamente aggiornato (l'aggiornamento riguarda anche l'utilizzo di apparecchiature tecnologiche e programmi per la gestione completa e complessiva dell'emergenza).

Da circa un anno il personale della c.o. ha intrapreso un percorso di formazione particolarmente impegna-

tivo sia per l'impegno richiesto al singolo, sia per gli innumerevoli problemi organizzativi che un servizio in autogestione si trova ad affrontare quando si fa un investimento sulla formazione.

La formazione è riferita sia alla gestione dell'emotività durante l'intervista, sia all'acquisizione di conoscenze e abilità tecniche relative ai prin-

cipali eventi critici (problemi cardiorespiratori, trauma, emergenza pediatrica) seguendo linee guida internazionali (IRC, American Hart).

La scelta di questo investimento segue obiettivi a lungo termine, per noi più consolidanti: di omogeneizzazione di comportamenti nell'approccio al paziente durante il soccorso, gestione efficace delle chiamate e non ultimo risponde a quello che un prossimo ma non tanto lontano futuro verrà richiesto in termini di accreditamento professionale.

Codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni

Il decreto del Dipartimento della Funzione Pubblica – Presidenza del Consiglio dei Ministri- che ha per oggetto il “Codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni” (Decreto 28.11.00) è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 10 aprile scorso.

Tutti i dipendenti sono tenuti ad osservare i principi contenuti del codice: per questo vi invitiamo a leggerlo con attenzione.

L'esperienza insegna tuttavia che il rispetto di “valori” e la modifica conseguente di “comportamenti” non sempre si ottengono ne’ tantomeno si impongono con norme; per fare in modo che le persone siano attente e rispettose nel lavoro quotidiano occorre innanzi tutto che siano consapevoli di svolgere una funzione pubblica importante per il benessere alla collettività.

Per chi lavora in una azienda pubblica, come la nostra, che è prima di tutto un ospedale, sono presenti due aspetti da considerare nel loro valore:

1. *che i cittadini si rivolgono alla nostra struttura in momenti di difficoltà e di disagio, se non di sofferenza, e pertanto è necessario considerare la loro temporanea “fragilità”;*

2. *che la pubblica amministrazione rappresenta la collettività e la collettività siamo tutti noi.*

Soprattutto da questo discendono i nostri doveri e i nostri diritti, sia di dipendenti che di cittadini: se ne siamo consapevoli e convinti non sarà difficile né faticoso comprendere ed adeguarsi al codice.

Ivan Trenti

Direttore Amministrativo

Codice di comportamento dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni - 1/12/2000

**CODICE DI COMPORTAMENTO
DEI DIPENDENTI DELLE
PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI**
**approvato dal Ministro per la Funzione
Pubblica**
in data 1° dicembre 2000

**PRESIDENZA DEL CONSIGLIO
DEI MINISTRI
DIPARTIMENTO
DELLA FUNZIONE PUBBLICA**

Visto l'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, recante delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione della disciplina in materia di pubblico impiego;

Visto l'articolo 11, comma 4, della legge 15 marzo 1997, n. 59, il quale, nel più ampio quadro della delega conferita al Governo per la riforma della pubblica amministrazione, ha, tra l'altro, specificamente conferito al Governo la delega per apportare

modificazioni ed integrazioni al decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29;

Visto il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 80, recante nuove disposizioni in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nelle amministrazioni pubbliche, di giurisdizione nelle controversie di lavoro e di giurisdizione amministrativa, emanate in attuazione dell'articolo 11, comma 4, della predetta legge n. 59 del 1997;

Visto, in particolare, l'articolo 58-bis del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, come sostituito dall'articolo 27 del predetto decreto legislativo n. 80 del 1998; Visto il decreto del Ministro della funzione pubblica 31 marzo 1994, con il quale è stato adottato il codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni ai sensi dell'articolo 58-bis del predetto decreto legislativo n. 29 del 1993; Ritenuta la necessità di provvedere all'aggiornamento del predetto codice di comportamento alla luce delle modificazioni intervenute all'articolo 58-bis del decreto legislativo n. 29 del 1993; Sentite le confederazioni sindacali rappresentative;

Decreta**Art.1****Disposizioni di carattere generale**

1. I principi e i contenuti del presente codice costituiscono specificazioni esemplificative degli obblighi di diligenza, lealtà e imparzialità, che qualificano il corretto adempimento della prestazione lavorativa. I dipendenti pubblici – escluso il personale militare, quello della polizia di Stato ed il Corpo di polizia penitenziaria, nonché i componenti delle magistrature e dell'Avvocatura dello Stato – si impegnano ad osservarli all'atto dell'assunzione in servizio.

2. I contratti collettivi provvedono, a norma dell'art.58-bis, comma 3, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, al coordinamento con le previsioni in materia di responsabilità disciplinare. Restano ferme le disposizioni riguardanti le altre forme di responsabilità dei pubblici dipendenti. 3. Le disposizioni che seguono trovano applicazione in tutti i casi in cui non siano applicabili norme di legge o di regolamento o comunque per i profili non diversamente disciplinati da leggi o regolamenti. Nel rispetto dei principi enunciati dall'articolo 2, le previsioni degli articoli 3 e seguenti possono essere integrate e specificate dai codici adottati dalle singole amministrazioni ai sensi dell'articolo 58-bis, comma 5, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29.

Art.2**Principi**

1. Il dipendente conforma la sua condotta al dovere costituzionale di servire esclusivamente la Nazione con disciplina ed onore e di rispettare i principi di buon andamento e imparzialità dell'amministrazione. Nell'espletamento dei propri compiti, il dipendente assicura il rispetto della legge e persegue esclusivamente l'interesse pubblico; ispira le proprie decisioni ed i propri comportamenti alla cura dell'interesse pubblico che gli è affidato.

2. Il dipendente mantiene una posizione di indipendenza, al fine di evitare di prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni, anche solo apparenti, di conflitto di interessi. Egli non svolge alcuna attività che contrasti con il corretto adempimento dei compiti d'ufficio e si impegna ad evitare situazioni e comportamenti che possano nuocere agli interessi o all'immagine della pubblica amministrazione.

3. Nel rispetto dell'orario di lavoro, il dipendente dedica la giusta quantità di tempo e di energie allo

svolgimento delle proprie competenze, si impegna ad adempierle nel modo più semplice ed efficiente nell'interesse dei cittadini e assume le responsabilità connesse ai propri compiti.

4. Il dipendente usa e custodisce con cura i beni di cui dispone per ragioni di ufficio e non utilizza a fini privati le informazioni di cui dispone per ragioni di ufficio.

5. Il comportamento del dipendente deve essere tale da stabilire un rapporto di fiducia e collaborazione tra i cittadini e l'amministrazione. Nei rapporti con i cittadini, egli dimostra la massima disponibilità e non ne ostacola l'esercizio dei diritti. Favorisce l'accesso degli stessi alle informazioni a cui abbiano titolo e, nei limiti in cui ciò non sia vietato, fornisce tutte le notizie e informazioni necessarie per valutare le decisioni dell'amministrazione e i comportamenti dei dipendenti.

6. Il dipendente limita gli adempimenti a carico dei cittadini e delle imprese a quelli indispensabili e applica ogni possibile misura di semplificazione dell'attività amministrativa, agevolando, comunque, lo svolgimento, da parte dei cittadini, delle attività loro consentite, o comunque non contrarie alle norme giuridiche in vigore.

7. Nello svolgimento dei propri compiti, il dipendente rispetta la distribuzione delle funzioni tra Stato ed Enti territoriali. Nei limiti delle proprie competenze, favorisce l'esercizio delle funzioni e dei compiti da parte dell'autorità territorialmente competente e funzionalmente più vicina ai cittadini interessati.

Art. 3**Regali e altre utilità**

1. Il dipendente non chiede, per sé o per altri, né accetta, neanche in occasione di festività, regali o altre utilità salvo quelli d'uso di modico valore, da soggetti che abbiano tratto o comunque possano trarre benefici da decisioni o attività inerenti all'ufficio.

2. Il dipendente non chiede, per sé o per altri, né accetta, regali o altre utilità da un subordinato o da suoi parenti entro il quarto grado. Il dipendente non offre regali o altre utilità ad un sovraordinato o a suoi parenti entro il quarto grado, o conviventi, salvo quelli d'uso di modico valore.

Art.4**Partecipazione ad associazioni e altre organizzazioni**

1. Nel rispetto della disciplina vigente del diritto di associazione, il dipendente comunica al dirigente

dell'ufficio la propria adesione ad associazioni ed organizzazioni, anche a carattere non riservato, i cui interessi siano coinvolti dallo svolgimento dell'attività dell'ufficio, salvo che si tratti di partiti politici o sindacati.

2. Il dipendente non costringe altri dipendenti ad aderire ad associazioni ed organizzazioni, né li induce a farlo promettendo vantaggi di carriera.

Art.5

Trasparenza negli interessi finanziari

1. Il dipendente informa per iscritto il dirigente dell'ufficio di tutti i rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti che egli abbia avuto nell'ultimo quinquennio, precisando: a) se egli, o suoi parenti entro il quarto grado o conviventi, abbiano ancora rapporti finanziari con il soggetto con cui ha avuto i predetti rapporti di collaborazione; b) se tali rapporti siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche a lui affidate.

2. Il dirigente, prima di assumere le sue funzioni, comunica all'amministrazione le partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari che possano porlo in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolge e dichiara se ha parenti entro il quarto grado o affini entro il secondo, o conviventi che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che egli dovrà dirigere o che siano coinvolte nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio. Su motivata richiesta del dirigente competente in materia di affari generali e personale, egli fornisce ulteriori informazioni sulla propria situazione patrimoniale e tributaria.

Art. 6

Obbligo di astensione

1. Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri ovvero: di suoi parenti entro il quarto grado o conviventi; di individui od organizzazioni con cui egli stesso o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito; di individui od organizzazioni di cui egli sia tutore, curatore, procuratore o agente; di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il dirigente dell'ufficio.

Art. 7

Attività collaterali

1. Il dipendente non accetta da soggetti diversi dall'amministrazione retribuzioni o altre utilità per prestazioni alle quali è tenuto per lo svolgimento dei propri compiti d'ufficio.

2. Il dipendente non accetta incarichi di collaborazione con individui od organizzazioni che abbiano, o abbiano avuto nel biennio precedente, un interesse economico in decisioni o attività inerenti all'ufficio.

3. Il dipendente non sollecita ai propri superiori il conferimento di incarichi remunerati.

Art. 8

Imparzialità.

1. Il dipendente, nell'adempimento della prestazione lavorativa, assicura la parità di trattamento tra i cittadini che vengono in contatto con l'amministrazione da cui dipende. A tal fine, egli non rifiuta né accorda ad alcuno prestazioni che siano normalmente accordate o rifiutate ad altri.

2. Il dipendente si attiene a corrette modalità di svolgimento dell'attività amministrativa di sua competenza, respingendo in particolare ogni illegittima pressione, ancorché esercitata dai suoi superiori.

Art.9

Comportamento nella vita sociale

1. Il dipendente non sfrutta la posizione che ricopre nell'amministrazione per ottenere utilità che non gli spettino. Nei rapporti privati, in particolare con pubblici ufficiali nell'esercizio delle loro funzioni, non menziona né fa altrimenti intendere, di propria iniziativa, tale posizione, qualora ciò possa nuocere all'immagine dell'amministrazione.

Art.10

Comportamento in servizio

1. Il dipendente, salvo giustificato motivo, non ritarda né affida ad altri dipendenti il compimento di attività o l'adozione di decisioni di propria spettanza.

2. Nel rispetto delle previsioni contrattuali, il dipendente limita le assenze dal luogo di lavoro a quelle strettamente necessarie.

3. Il dipendente non utilizza a fini privati materiale o attrezzature di cui dispone per ragioni di ufficio. Salvo casi d'urgenza, egli non utilizza le

I
N
S
E
R
T
O

linee telefoniche dell'ufficio per esigenze personali. Il dipendente che dispone di mezzi di trasporto dell'amministrazione se ne serve per lo svolgimento dei suoi compiti d'ufficio e non vi trasporta abitualmente persone estranee all'amministrazione.

4. Il dipendente non accetta per uso personale, né detiene o gode a titolo personale, utilità spettanti all'acquirente, in relazione all'acquisto di beni o servizi per ragioni di ufficio.

Art.11

Rapporti con il pubblico

1. Il dipendente in diretto rapporto con il pubblico presta adeguata attenzione alle domande di ciascuno e fornisce le spiegazioni che gli siano richieste in ordine al comportamento proprio e di altri dipendenti dell'ufficio. Nella trattazione delle pratiche egli rispetta l'ordine cronologico e non rifiuta prestazioni a cui sia tenuto motivando genericamente con la quantità di lavoro da svolgere o la mancanza di tempo a disposizione. Egli rispetta gli appuntamenti con i cittadini e risponde sollecitamente ai loro reclami.

2. Salvo il diritto di esprimere valutazioni e diffondere informazioni a tutela dei diritti sindacali e dei cittadini, il dipendente si astiene da dichiarazioni pubbliche che vadano a detrimento dell'immagine dell'amministrazione. Il dipendente tiene informato il dirigente dell'ufficio dei propri rapporti con gli organi di stampa.

3. Il dipendente non prende impegni né fa promesse in ordine a decisioni o azioni proprie o altrui inerenti all'ufficio, se ciò possa generare o confermare sfiducia nell'amministrazione o nella sua indipendenza ed imparzialità.

4. Nella redazione dei testi scritti e in tutte le altre comunicazioni il dipendente adotta un linguaggio chiaro e comprensibile.

5. Il dipendente che svolge la sua attività lavorativa in una amministrazione che fornisce servizi al pubblico si preoccupa del rispetto degli standard di qualità e di quantità fissati dall'amministrazione nelle apposite carte dei servizi. Egli si preoccupa di assicurare la continuità del servizio, di consentire agli utenti la scelta tra i diversi erogatori e di fornire loro informazioni sulle modalità di prestazione del servizio e sui livelli di qualità.

Art.12

Contratti

1. Nella stipulazione di contratti per conto dell'amministrazione, il dipendente non ricorre a media-

zione o ad altra opera di terzi, né corrisponde o promette ad alcuno utilità a titolo di intermediazione, né per facilitare o aver facilitato la conclusione o l'esecuzione del contratto.

2. Il dipendente non conclude, per conto dell'amministrazione, contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione con imprese con le quali abbia stipulato contratti a titolo privato nel biennio precedente. Nel caso in cui l'amministrazione concluda contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione, con imprese con le quali egli abbia concluso contratti a titolo privato nel biennio precedente, si astiene dal partecipare all'adozione delle decisioni ed alle attività relative all'esecuzione del contratto.

3. Il dipendente che stipula contratti a titolo privato con imprese con cui abbia concluso, nel biennio precedente, contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento ed assicurazione, per conto dell'amministrazione, ne informa per iscritto il dirigente dell'ufficio.

4. Se nelle situazioni di cui ai commi 2 e 3 si trova il dirigente, questi informa per iscritto il dirigente competente in materia di affari generali e personale.

Art.13

Obblighi connessi alla valutazione dei risultati

1. Il dirigente ed il dipendente forniscono all'ufficio interno di controllo tutte le informazioni necessarie ad una piena valutazione dei risultati conseguiti dall'ufficio presso il quale prestano servizio. L'informazione è resa con particolare riguardo alle seguenti finalità: modalità di svolgimento dell'attività dell'ufficio; qualità dei servizi prestati; parità di trattamento tra le diverse categorie di cittadini e utenti; agevole accesso agli uffici, specie per gli utenti disabili; semplificazione e celerità delle procedure; osservanza dei termini prescritti per la conclusione delle procedure; sollecita risposta a reclami, istanze e segnalazioni.

Art.14

Abrogazione

1. Il decreto del Ministro della funzione pubblica 31 marzo 1994 è abrogato. Il presente decreto sarà comunicato alla Corte dei Conti per la registrazione e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana*.

Roma, 1.12.2000.

IL MINISTRO DELLA FUNZIONE PUBBLICA
FRANCO BASSANINI

FUNZIONI DELL'INFERMIERE IN CENTRALE OPERATIVA:

- ⇒ si occupa della ricezione e gestione richieste di soccorso, processo della chiamata, attivazione dei mezzi adeguati (secondo una certificazione Medical Priority Dispatch)
 - A) ricezione e valutazione delle richieste di soccorso,
 - B) processo decisionale e pianificazione del soccorso,
 - C) attivazione e coordinamento dell'intervento stesso,
- ⇒ allerta i mezzi di soccorso, i mezzi di soccorso avanzato e/o altri enti in base al protocollo di attivazione e al codice di gravità,
- ⇒ coordina gli interventi di emergenza,
- ⇒ mantiene le comunicazioni con il pronto soccorso – strutture ospedaliere,
- ⇒ svolge servizio di emergenza extra-territoriale - automedica,
- ⇒ nei festivi e di notte gestisce i trasporti ordinari, oltre all'e/u,
- ⇒ organizza e gestisce i trasporti urgenti di sangue,
- ⇒ organizza e gestisce i trasporti trapianti e prelievi d'organo,
- ⇒ gestisce i trasporti secondari assistiti,
- ⇒ conosce le situazioni di maxiemergenza /attivazione del reperibile,
- ⇒ è responsabile dell'attivazione di igiene pubblica e servizio veterinario,
- ⇒ svolge e coordina "funzioni di settore" concordate con c.s. e assunte,
- ⇒ mantiene un aggiornamento costante per garantire gli standard di qualità,
- ⇒ è responsabile del processo di consegna e passaggio di informazioni,
- ⇒ è coinvolto nella progettazione, coordinamento, gestione delle "assistenze sanitarie" a manifestazioni/ eventi di massa,
- ⇒ rileva e documenta tutti i dati desumibili dai servizi svolti, che risultano necessari per numerose e diverse finalità (vrq, statistica, imputazione di costi, etc.),
- ⇒ rileva e segnala dati con incidenza medico legale,
- ⇒ svolge attività didattica nei confronti dell'utenza e delle associazioni che collaborano al processo di emergenza/urgenza,
- ⇒ svolge formazione e supervisione ai nuovi ingressi in centrale operativa,
- ⇒ svolge formazione teorica e pratica in automedica,
- ⇒ conosce le modalità di ricerca bibliografica e approfondimento professionale,
- ⇒ conosce e si aggiorna sull'informatica.



di Angela Saffioti - Caposala Centrale Operativa 118
e Infermieri Centrale Operativa 118

FORMAZIONE Infermieri in Pediatria: noi vi accogliamo così

Messo a punto in Pediatria un protocollo per guidare e favorire l'inserimento di nuovi Infermieri Professionali

Nel nostro reparto di Pediatria ultimamente e per le più svariate motivazioni, hanno ruotato diverse figure infermieristiche nuove, spesso al loro primo impiego e certamente alla loro prima esperienza pediatrica.

Ciò ha comportato una revisione del nostro modello assistenziale, messo in crisi dall'elevato turnover al quale fino a pochi anni fa non eravamo abituati.

Il nuovo operatore d'altra parte veniva catapultato in un sistema

complesso in quanto al di là della specificità dell'assistenza rivolta all'età pediatrica, all'interno dell'U.O. interagiscono diverse figure e specialità. Inoltre collaboriamo con l'U.O. di Otorinolaringoiatria nella preparazione dell'intervento di impianto cocleare, quindi accogliamo bambini con deficit uditivi importanti che presentano quasi sempre difficoltà relazionali. Abbiamo alcuni posti letto dedicati al servizio di neuropsichiatria infantile, quindi bambini con problemi psichiatrici, cerebrolesi a volte connessi a respiratori, pompe per alimentazione ecc....., epilettici in stato post critico, gravi ritardi psicomotori e mentali. Una volta alla settimana vengono effettuati inoltre interventi ortopedici funzionali in collaborazione con il presidio di riabilitazione neurofunzionale infantile. Questi utenti hanno già una patologia di base complessa come ad esempio distrofie o paresi cerebrali infantili.

Sicuramente questo creava un certo smarrimento.....

Da tutte queste considerazioni è nata forte l'esigenza come operatori e professionisti di creare una sorta di "guida" per entrambi che agevolasse l'inserimento e l'accoglienza del nuovo Infermiere Professionale (I.P.).

Si è quindi costituito un gruppo di lavoro composto da due I.P. anziane del reparto e due I.P. che da pochi mesi svolgevano il servizio in pediatria. Questo per mettere a confronto i bisogni informativi dei professionisti anziani e giovani. Dopo vari incontri

e confronti è nato il nostro **PROTOCOLLO**.

Descriveremo brevemente i contenuti principali ricordando che tale protocollo è disponibile nella nostra U.O. per visione a chi fosse interessato.

Nel protocollo per l'addestra-

mento del nuovo I.P. vengono posti degli obiettivi chiari, sintetici così suddivisi:

PRIMA SETTIMANA

Gli obiettivi principali sono: il riconoscimento delle figure professionali che ruotano all'interno dell'U.O., degli spazi, la dislocazione del materiale di uso comune d'urgenza, l'accoglienza del bambino in pronto soccorso, la rilevazione dei parametri, la preparazione delle diete.

SECONDA-TERZA-QUARTA SETTIMANA

Viene richiesta la piena autonomia riguardo gli obiettivi della prima settimana.

Viene organizzata una visita guidata con la Capo Sala alle altre U.O. del

dipartimento materno infantile.

In queste settimane il nuovo I.P. viene introdotto in modo più responsabile alle attività di routine del reparto e alla fine della quarta settimana dovrà essere in grado di prendersi carico del proprio settore.

DAL PRIMO AL QUINTO MESE

Inizia a collaborare nell'assistenza alle urgenze e dovrà essere in grado se occorre di prendersi carico della intera U.O.

Al termine di ogni periodo di addestramento viene fissato un incontro insieme all'I.P. tutor e alla Capo Sala in cui si parla delle eventuali problematiche insorte, viene compilata la scheda di giudizio che verrà conservata in reparto e in seguito utilizzata per il giudizio aziendale di conferma in ruolo.

Questo momento di incontro deve essere vissuto con uno scambio positivo e propositivo volto solo al miglioramento come operatori e quindi professionisti della salute.

Vogliamo inoltre ricordare che dopo un colloquio iniziale con la Capo Sala, in cui viene presentato il tutor, questo protocollo viene consegnato insieme alle regole delle U.O. e firmato per presa visione e accettazione dal nuovo I.P. e del tutor.

Stiamo progettando una agendina tascabile sempre da consegnare all'operatore in cui saranno riportate informazioni di base, tipo numeri telefonici più ricorrenti, esami di routine, codici, orari della terapia ecc...

Lascieremo qualche pagina bianca per le annotazioni personali.

Alla fine che dire?????

Speriamo di essere state d'aiuto ebuon lavoro all'interno della nostra U.O..

di Nicoletta Vinsani

Caposala U.O. Pediatria

e le Infermiere

U.O. Pediatria



In questi giorni il Ministero della Sanità ha pubblicato i criteri di accreditamento degli eventi formativi, dando così vita al modello italiano per la Formazione Continua in Medicina.

La procedura (per chi volesse entrare nel dettaglio, si rinvia alla pagina di Intranet attraverso la quale è possibile accedere direttamente al sito del Ministero della Sanità) dovrà essere attiva a partire dal 1° luglio, e rappresenta il primo strumento elaborato nell'ambito del progetto iniziato nell'agosto 2000 con l'insediamento della Commissione Nazionale per l'Ecm.

La sperimentazione del sistema di accreditamento – protrattasi fino al gennaio 2001 e limitata ai soli eventi formativi destinati ai medici – ha portato alla definizione di alcuni requisiti fondamentali il cui mancato adempimento preclude la possibilità di richiedere l'accREDITamento.

Vengono elencati qui di seguito:

- ✎ autorizzazione della richiesta di accreditamento da parte del responsabile della struttura;
- ✎ verifica della effettiva presenza dei partecipanti alle sessioni;
- ✎ trasmissione alla Commissione dell'elenco dei partecipanti con relativi indirizzi;
- ✎ disponibilità ad ospitare un osservatore della Commissione;
- ✎ incompatibilità o conflitto di interesse con le fonti di finanziamento.

Oltre alla verifica dei requisiti sopra elencati, la Commissione Nazionale per l'Ecm ha scelto di dare un "peso" a tutti gli aspetti del progetto formativo.

Da notare la richiesta di allegare al programma il curriculum del responsabile dell'evento formativo e di tutti i docenti/ relatori, che saranno oggetto di valutazione ed attribuzione punti.

Un altro aspetto interessante da sottolineare è che la procedura in esame non solo prevede in alcuni casi punteggio pari a 0, ma addirittura penalizza, togliendo fino a cinque punti nel caso non sia prevista una valutazione della qualità della formazione espressa dai partecipanti alla stessa.

Ipotizzando di voler ottenere il massimo del punteggio possibile, l'evento formativo dovrebbe presentare le seguenti caratteristiche:

COME OTTENERE IL MASSIMO DEL PUNTEGGIO

- ✓ frequenza clinica con assistenza di tutore e programma formativo presso una struttura assistenziale;
- ✓ esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche o role-playing;
- ✓ rilevanza dell'argomento, appropriatezza pedagogica, corrispondenza al programma, realizzabilità;
- ✓ valutazione della valenza professionale e dell'esperienza del responsabile del programma formativo;
- ✓ rilevanza docenti-relatori in rapporto ai curricula presentati ed agli obiettivi formativi dell'evento;
- ✓ verifica della presenza effettiva dei partecipanti alle sessioni tramite sistema elettronico con badge.
- ✓ verifica dell'apprendimento tramite esame pratico.
- ✓ trasmissione alla Commissione Nazionale per l'Ecm di una breve relazione sui risultati complessivi della verifica;
- ✓ valutazione della qualità dell'evento formativo di ogni singola sessione espressa dai partecipanti.
- ✓ trasmissione alla commissione dei risultati della precedente valutazione.

Si ricorda inoltre, come indicato nella procedura per la formazione permanente e dei programmi di Ecm che potete trovare in Intranet, che i singoli progetti formativi devono essere inseriti nel Piano della Formazione ed approvati in sede di negoziazione con la Direzione, e che i Referenti Dipartimentali della Formazione riceveranno il codice di autorizzazione per l'accesso alla registrazione del sito del Ministero della Sanità.

Per essere continuamente aggiornati consultare <http://Intranet>. Ulteriori informazioni potranno essere richieste a Annarita Guglielmi – Ufficio Sviluppo Organizzativo – tel. 6839.


Lista Eventi già valutati

TITOLO	DATA INIZIO	DIPARTIMENTO	CREDITI FORMATIVI
Corso di Ecografia Tiroidea Diagnostica ed Interventistica	07/03/2001	Area Medica 1 ^	16
Corso di Ecografia di Pancreas e Surreni	09/03/2001	Area Medica 1 ^	4
Corso di Aggiornamento in Tecniche di Endoscopia Toracica	04/04/2001	Area Medica 2 ^	4
Corso di Aggiornamento in tecniche di ventilazione meccanica non invasiva	05/04/2001	Area Medica 2 ^	3
Medicina respiratoria nuovi orientamenti nella prevenzione, diagnosi e terapia	04/04/2001	Area Medica 2 ^	9
Corso BLS esecutori	12/02/2001	Area Critica DEU	8
Introduzione all'audit clinico e all'evidence based medicine	07/02/2001	USO Direzione Medica di Presidio	5
Revisione tra clinici di pazienti con neoplasie toraciche complesse	07/02/2001	Area Chirurgica 1 ^ Area Medica 1 ^ Patologia Clinica	30
Retraining Basic Life Support esecutore	26/02/2001	Area Critica DEU	3
Corso di formazione continua sulle sindromi coronariche acute	13/02/2001	Area Critica	15
Workshop di emodinamica	16/02/2001	Area Critica	19
Ciclo di seminari monotematici in Radioterapia Oncologica	28/02/2001	Diagnostica per Immagini	7
Evidence-based Medicine della terapia della osteoporosi	11/04/2001	Area Medica 1 ^	1
Gestione del paziente neurochirurgico nel P.S. e Dip. Emer. Urg. di R.E.	08/02/2001	DEU	3

Lista Eventi da valutare

TITOLO	DATA INIZIO	DIPARTIMENTO
Corso di BLS pediatrica	04/06/2001	Area Critica DEU
La Sincope e le Sindromi Coronariche Acute	12/05/2001	Area Critica
Corso ' L'accoglienza :un'assistenza basata su una relazione efficace '	27/02/2001	Materno Infantile
Revisione di casi ematologici complessi	18/06/2001	Patologia Clinica Area Medica 1 ^
Stage di Ecografia Tiroidea e Paratiroidea diagnostica ed interventistica	01/02/2001	Area Medica 1 ^
Progetto di formazione intervento per la qualità clinica rivolto ai referenti dipartimentali	08/02/2001	USO Direzione Medica di Presidio
7° Corso avanzato in chirurgia della Tiroide	02/04/2001	Area Chirurgica 2 ^

**di Annarita Guglielmi
e Annamaria Pisi**

Ufficio Sviluppo Organizzativo

Forum P.A. 2001

Vi informo che i tre progetti, presentati dalla nostra Azienda al Forum Nazionale della Pubblica Amministrazione che inizierà il prossimo 7 maggio a Roma, sono stati selezionati per essere inseriti nel catalogo ufficiale della manifestazione.

I tre progetti sono:

“Progetto Liù: un percorso di salute per tutti” a cura di Monica Guberti e Barbara Curcio Rubertini (sul progetto di ospedale multiculturale)

“Sistema Qualità Aziendale e partecipazione dei professionisti” a cura di Maria Ravelli e Luca Sircana (sul percorso di accreditamento)

“Arianna Line” a cura di Lidia Scalabrini e Sergio Bronzoni (sull'Intranet aziendale)

Vi allego la comunicazione ufficiale

Ai referenti responsabili della presentazione dei progetti per il “PREMIO FORUM P.A. SALUTE 2001”

Roma, giovedì 19 aprile 2001

Desidero ringraziarLa per aver aderito al Premio ‘FORUM P.A. SALUTE 2001’, la seconda edizione della Rassegna sulla qualità dei servizi sanitari organizzata con il patrocinio della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome ed in collaborazione con Il Sole 24 Sanità e 3M.

Il progetto che ha voluto segnalare come testimonianza dell’impegno della Sua Amministrazione sul tema dei servizi sanitari, è stato ritenuto di grande interesse, in linea con le finalità e gli obiettivi dell’iniziativa ma non è purtroppo tra i progetti finalisti.

Sono però lieto di comunicarLe che abbiamo inserito una scheda del progetto nel cd rom dedicato all’iniziativa che presenteremo al FORUM P.A. 2001 e che sarà disponibile all’interno dei padiglioni espositivi della Fiera durante la manifestazione e poi sul nostro sito Internet www.forumpa.it

A conclusione dell’attività di raccolta dei migliori progetti di servizi sanitari (ne sono giunti circa 290 da tutto il territorio nazionale), sono inoltre particolarmente lieto di trasmetterLe il nostro invito a partecipare al convegno di presentazione del Premio “Federalismo e sussidiarietà in sanità” fissato per martedì 8 maggio ore 9.30 presso la Fiera di Roma nell’ambito di FORUM P.A. 2001.

di Barbara Curcio Rubertini

Responsabile Ufficio Sviluppo Organizzativo



CURE PALLIATIVE

Cure palliative

alcune definizioni, osservazioni e proposte per la discussione



La definizione di **Malato "terminale"** (1)

Paziente affetto da malattia non più responsiva a trattamenti curativi specifici, con rapida evolutività ed imminenza della morte (in genere entro pochi mesi)(2), con presenza di sintomi invalidanti e progressiva riduzione della performance [dal Programma "La rete delle cure palliative" – Deliberazione della Giunta Regionale Emilia-Romagna 1/3/2000]

La definizione di **Cure palliative**

Assistenza (to care) globale, attiva, di quei pazienti la cui malattia non risponda ai trattamenti curativi (to cure).

E' fondamentale affrontare e controllare il dolore, gli altri sintomi e le problematiche psicologiche, sociali e spirituali.

L'obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita per i pazienti e per le loro famiglie (3).

Le cure palliative:

- ✓ affermano la vita e considerano il morire come evento naturale (4),
- ✓ non accelerano né ritardano la morte (4),
- ✓ provvedono al sollievo del dolore e degli altri sintomi (5),
- ✓ offrono un sistema di supporto per aiutare i pazienti a vivere il più attivamente possibile fino alla morte (6),
- ✓ offrono un sistema di supporto per aiutare la famiglia durante la malattia del paziente e durante il lutto.

Definizione di **Interprofessionalità** nelle cure palliative

E' necessaria l'integrazione di diverse competenze:

- ✗ **l'infermiere** per la valutazione e l'identificazione dei diversi bisogni,
- ✗ **il medico** (di medicina generale e ospedaliero) per la valutazione delle strategie terapeutiche di maggiore efficacia sulla qualità di vita ed in particolare per il trattamento del dolore,
- ✗ **lo psicologo** per la formazione continua del personale (e per singoli casi in cui sia necessario un approccio specialistico a problematiche psicologiche di particolare complessità del paziente o di un suo familiare)(6),
- ✗ **il riabilitatore (o fisioterapista)**: per l'estrema rilevanza (dignità etica) delle cure tutelari per "il corpo" dell'ammalato terminale,
- ✗ **l'oncologo** per l'utilizzo di terapie antitumorali a scopo palliativo,
- ✗ **l'anestesista-algologo** per il trattamento del sintomo dolore nei casi refrattari,
- ✗ **il radioterapista** per i trattamenti antalgici e sintomatici (radioterapia palliativa);
- ✗ [prezioso il ruolo che i **volontari** possono svolgere in un settore della medicina in cui quello che conta maggiormente è "saper accompagnare" la persona ammalata negli ultimi giorni della sua vita].



Elementi costitutivi della Rete delle Cure Palliative

- ✗ **assistenza domiciliare integrata** [centralità indiscutibile del medico di medicina generale e del servizio per le cure domiciliari con i suoi NOAD (nuclei operativi); importanza delle associazioni di volontariato che in talune realtà operano a casa del malato],
- ✗ **assistenza presso strutture di ricovero-accoglienza dedicate alle cure palliative (hospice)**,
- ✗ **day hospital, ospedalizzazione domiciliare** [Servizio di Cure Palliative] e **degenza ospedaliera ordinaria**.

(1)

Sul dire la verità

"Terminale" è una parola "brutta"; si ha un senso di pudore che ci fa esitare prima di pronunciarla: è una parola che utilizziamo noi per intenderci immediatamente ma che non ci sognerebbero mai di impiegare parlando direttamente con il paziente: "sei terminale". Ci si chiede però se in questo sia prevalente la dimensione del rispetto verso l'ammalato e la sua famiglia, diremmo quasi il desiderio di evitare altro dolore che si provocherebbe evocando ancora lo spettro della morte imminente o se sia prevalente un senso nostro, tutto soggettivo, una nostra paura della morte, di noi che ci occupiamo dell'ammalato morente.

Ma qui subito si apre la questione del "dire la verità" all'ammalato. In secoli passati era normale sapere di essere sul punto di morire; toccava agli altri (i familiari, i dottori) avvertire di questo il paziente; il momento della morte era un momento solenne [padre Ciccone al Congresso organizzato dalla Parrocchia del nostro ospedale sul "Dire la verità al malato" il 10/2/2001]. Ma il problema della comunicazione della verità resta enorme e pieno di implicazioni complesse anche di tipo filosofico; ad esempio dire al paziente "tu sei un ammalato terminale" e dirgli "tu sei un ammalato per il quale sono indicate le cure palliative" non è esattamente la stessa cosa

per chi ascolta, anche se si comunica uno stesso contenuto: è diverso il livello di perentorietà delle due affermazioni, vi è minore o maggiore rispetto per i limiti di esattezza o, se vogliamo, per i margini di fallacia che comunque accompagnano le previsioni umane. Inoltre il dire la verità non è solo costituito dall'atto o dall'avvenimento del comunicare la verità: è molto più importante la fase successiva rispetto al colloquio informativo, che è la fase del mantenimento di un rapporto con il paziente incentrato sulla verità e sull'autenticità.

(2)

Numerose patologie presentano una "fase terminale": neoplasie (anche nei bambini), AIDS, malattie cerebro-vascolari, malattie dell'apparato respiratorio, malattie del sistema nervoso centrale, malattie cardio-vascolari.

L'attuale esistenza di medicine in grado di contrastare efficacemente (pur senza guarire) e rallentare il decorso di numerose malattie fa sì che il processo dell'avvicinamento alla morte sia allungato: è una sequenza al rallentatore, sequenza che in epoche passate si svolgeva invece in un brevissimo lasso di tempo. La medicina sperimentale combatte la malattia avendo come obiettivo primario quello di mantenere in vita il paziente, quello di allontanarne la morte. Il corpo del paziente è concepito quale sede di malattia per effetto di un agente causale inizialmente ignoto ma che occorre scoprire e annientare: dunque il corpo è il terreno di battaglia tra l'agente causale e gli strumenti terapeutici (le armi) che il medico è in grado di mettere in atto. Dunque secondo questa logica (che vede l'essere umano ammalato in posizione passiva, un terreno di battaglia appunto) fin che vi è vita la battaglia non è persa, perché è l'avvenimento della morte che decreta il risultato della battaglia. Tutto questo, accanto a grandi risultati di civiltà, ha anche portato all'ampliamento di quella condizione biologica, ma anche esistenziale, caratterizzata da malattie in stadio molto avanzato, fino al vero e proprio "stato terminale".

(3)

Concezione vitalistica e concezione utilitaristica.

Si tende ad abbandonare una concezione "vitalistica" o concezione della sacralità della vita intesa nel suo stretto senso biologico [Nonostante il termine "sacralità" faccia pensare ad una particolare affinità o consonanza con le visioni religiose della vita, questa concezione invece si adatta particolarmente bene alla visione atea, di chi crede che tutto si riduca per gli uomini a quel cuore (che ancora batte) e a quei polmoni (che ancora respirano)]. Ci si avvicina ad una concezione un po' più "utilitaristica" o concezione della qualità della vita. La vita, vale la pena che sia prolungata quanto più possibile e a tutte le condizioni? [Tutto questo non appare in contrasto con la visione cristiana che sa relativizzare, in un certo senso, la "vicenda" della vita umana rispetto alla "immortalità" dell'anima]

(4)

Quale rapporto tra cure palliative ed eutanasia?

Se ci si sposta sul versante della attenzione alla qualità, mettendo in secondo piano l'obiettivo di ritardare l'avvenimento della morte, diventa più delicata la questione del rapporto con l'eutanasia. Eppure un netto discrimine resta, se riusciamo come operatori ad avere ben chiari gli obiettivi che ogni giorno devono guidare il nostro operato: proponiamoci attraverso l'identificazione di obiettivi ben specificati di migliorare le condizioni di malessere in cui giorno dopo giorno versa il paziente; non poniamoci invece un obiettivo consapevole di accorciamento della durata della sua vita residua.

(5)

Medicina palliativa e trattamento dei sintomi.

La parte più strettamente medica dell'approccio globale al paziente in fase avanzata di malattia prende il nome di "medicina palliativa". Essa in primo luogo non si accontenta della descrizione dei sintomi del paziente (fase della osservazione e descrizione) ma procede invece alla fase (scientifica) della misurazione della entità di essi e del livello di autosufficienza residua (performance); se è vero che a volte un atteggiamento esageratamente scientifico nei confronti degli eventi che preludono alla morte tradisce una fragilità psicologica dell'operatore che così facendo non fa altro che prendere le distanze dal morente per difendere il suo (precario) equilibrio mentale, è anche vero che non basta accumulare esperienza nel proprio lavoro sul morente ma occorre razionalizzarla e per farlo occorre anche compiere delle "misurazioni". Inoltre poiché non si può più ragionevolmente combattere in modo radicale contro l'agente causale della malattia, poiché il compito degli operatori sanitari diviene quello di migliorare la qualità delle giornate di vita che restano al paziente, ci si deve concentrare scientificamente sui sintomi ed elaborare per ognuno di essi, in primis per il dolore, una strategia terapeutica efficace [un attacco terapeutico sull'agente causale può essere in alcuni casi ancora giustificato (chemioterapia palliativa, chirurgia palliativa) se è trattamento messo in atto con la finalità esclusiva di lenire i sintomi del paziente].

(6)

Il vissuto esistenziale posto dietro i sintomi: "suscitare le potenzialità residue", non solo "rispondere ai bisogni".

Non basta rispondere ai bisogni, identificati attraverso i sintomi rilevati dall'operatore sanitario oppure segnalati dal paziente: questo è infatti solo il primo livello del nostro intervento. E' importante che la rilevazione dei sintomi, secondo le tecniche della anamnesi e della semeiotica medica classica (anche strumentale), sia solo il primo passo per un approfondimento a partire dai sintomi stessi, verso la comprensione del vissuto che sta dietro ai sintomi (come il paziente li vive, come essi si inseriscono nella sua esistenza): insomma il colloquio con il paziente sui suoi sintomi è visto come chiave d'accesso al suo mondo. Si tratta di non limitare il proprio intervento alla risposta ai bisogni ma di cercare anche di evocare le potenzialità residue di quella persona ammalata: sapere creare il clima e l'ambiente perché affiori un sorriso o un minuto di serenità... questi sono obiettivi che vale la pena di perseguire. Ci vogliono degli specialisti, degli psicologi per questo? Pare di no o quantomeno vi è incertezza su questo punto: vi sono psicologi che si occupano da tempo di queste problematiche che sostengono che il loro ruolo è piuttosto quello di "formare" il personale sanitario ed i volontari... Certo questo allargamento delle funzioni della Medicina, che non si accontenta più di rispondere ai bisogni formulando diagnosi ed approntando terapie, ma giunge ad ideare scenografie (ambienti, rapporti interpersonali) volte a suscitare potenzialità, a rendere il paziente protagonista il più possibile dell'ultimo scorcio della sua vita è una novità: direi quasi che si esce dalla medicina "moderna" e si entra in una sorta di "medicina postmoderna".

di Sergio Maccari

Responsabile Unità Funzionale di Lungodegenza

CONVEGNI



**7/9-03-2001
24/26-10-2001**

U.O. di Endocrinologia
Corso

**ECOGRAFIA TIROIDEA
DIAGNOSTICA ED
INTERVENTISTICA**

Corso satellite
**ECOGRAFIA DI PANCREAS E
SURRENI**

Sala Convegni
Spallanzani



12/05/2001

Giornate Reggiane
di Aggiornamento del
Dipartimento Area Critica
A.N.M.C.O.

1° Convegno
**MANAGEMENT della SINCOPE
LE SINDROMI
CORONARICHE ACUTE**

Hotel Astoria Mercure - R.E.

Per una maggiore tranquillità in Ospedale

L'ingresso principale dell'ospedale chiuso di notte ai visitatori dalle ore 22.00 alle ore 6.00.

Laccesso notturno all'Arcispedale S. Maria Nuova è sempre stato consentito per dare conforto ai degenti ricoverati dietro rilascio di un permesso fornito dalla Caposala dell'Unità Operativa interessata.

Ma questa regolamentazione, vanificata dal non difficile ingresso nella struttura ospedaliera, è stata spesso disattesa perpetrando una situazione di ingressi scarsamente disciplinata con conseguente flusso, a qualsiasi ora della notte, di persone che non garantiva la necessaria tranquillità ai degenti ed agli operatori.

Ed è proprio per garantire una maggiore serenità dei pazienti ricoverati e per favorire migliori condizioni di permanenza nella struttura ospedaliera che è stato chiuso l'ingresso principale del S. Maria Nuova ai visitatori dalle ore 22.00 alle ore 6.00 del mattino autorizzando gli ingressi alle sole situazioni di seguito elencate:

- ♣ per assistere degenti ricoverati mediante il permesso speciale d'ingresso rilasciato dalla caposala o dalla sua sostituta;
- ♣ per aggravamento delle condizioni cliniche del paziente segnalate dal reparto;
- ♣ per esigenze urgenti, previo accertamento presso il reparto della reale emergenza da parte del personale della portineria.

L'attività di chiusura dell'ingresso principale dell'Arcispedale è stata preceduta da riunioni con i soggetti coinvolti nel progetto per definire le modalità di svolgimento ed assegnare i vari compiti fra i diversi Servizi

(Direzione Sanitaria, Servizio Infermieristico, Portieri, Caposala delle varie Unità Operative, ecc...). Importante è stata anche la massiccia campagna pubblicitaria e conoscitiva rivolta sia al personale interno ma soprattutto alla cittadinanza che ha preceduto e successivamente supportato l'iniziativa.

Il progetto della chiusura dell'entrata principale dell'Arcispedale è stato progressivo per consentire alla cittadinanza ed agli operatori di entrare gradualmente nella nuova ottica di gestione degli accessi del S. Maria Nuova. In un primo momento, ci si è limitati a reclamizzare l'iniziativa fra tutti coloro che entravano di notte in Ospedale, successivamente si sono chiuse le porte applicando regole d'accesso più elastiche, per concludere con l'applicazione completa delle regole d'ingresso.

Ovviamente, gli accessi al Pronto Soccorso ed ai Reparti che gestiscono l'Urgenza - Emergenza non sono stati coinvolti in questa iniziativa per cui continueranno a seguire i percorsi e le procedure consolidate.

Importante è stato e, lo è tuttora, l'impegno e la collaborazione del personale interno con particolare riguardo ai portieri impegnati in prima persona alla realizzazione del progetto.

Nella fase di prossima attuazione, fondamentale sarà la collaborazione della caposala e del personale infermieristico per il rilascio dei permessi e la concessione delle autorizzazioni a salire nel proprio reparto durante la notte per le situazioni urgenti o particolari che dovessero verificarsi.

Alla chiusura dell'ingresso principale del S. Maria Nuova seguirà, appena saranno realizzate le opportune modifiche agli impianti, anche la chiusura dell'entrata principale del-

lo Spallanzani.

Queste iniziative vanno lette in un'ottica unitaria essendo parte integrante di un progetto più vasto che ha come obiettivo l'aumento della sicurezza nella struttura ospedaliera.

Diverse sono le attività già realizzate, dal servizio di vigilanza fissa e mobile con l'ausilio di una guardia giurata che sorveglia l'ambiente e verifica la chiusura delle porte e dei cancelli della struttura ospedaliera ad un sistema di telesorveglianza che controlla le aree non presidiate.

Altre sono le iniziative di prossima realizzazione, tutte rivolte a rendere l'Ospedale un luogo sempre più tranquillo e sicuro dove curarsi e lavorare.



di Sonia Ceccarelli

Dipartimento Logistico Alberghiero

PER UNA MAGGIORE TRANQUILLITA' IN OSPEDALE



Chiediamo la Tua collaborazione
per dare ai degenti la necessaria tranquillità
durante la permanenza nella struttura
ospedaliera

**L'Arcispedale S. Maria Nuova chiude
ai visitatori dalle ore 22.00 alle ore 6.00**

Durante la notte l'accesso è consentito suonando il campanello
all'entrata principale:

- ★ per assistere degenti ricoverati mediante il permesso d'ingresso
rilasciato dalla caposala;
- ★ per aggravamento delle condizioni cliniche del paziente
segnalate dal reparto;
- ★ per esigenze urgenti, previo accertamento presso il reparto da
parte del personale della Portineria.

*Ovviamente il Pronto Soccorso ed i Reparti che gestiscono l'Urgenza-
Emergenza resteranno aperti anche durante la notte per coloro che
dovessero averne necessità.*