

Notizie

Arriva l'€uro



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
Maria Lodovica Fratti
Monica Guberti
Davide Panella
Marzia Prandi
Lidia Scalabrini
Luca Scarano

Hanno collaborato a questo numero

Sara Baruzzo
Oriella Bianchini
Sergio Bronzoni
Gina Dallari
Piergiuseppina Fagandini
Laura Favilli
Debora Formisano
Davide Fornaciari
Giovanni Guatelli
Annarita Guglielmi
Sergio Maccari
Donata Masini
Francesco Merli
Elisa Regnani
Luca Sircana
Roberto Toffanetti
Michele Zini

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

Arriva l'euro *pag. 3*
Progetto di miglioramento della movimentazione
manuale dei pazienti *pag. 5*

NOVITA' DAI REPARTI

Punto di informazione e Supporto (PIS) *pag. 7*

FORMAZIONE

Stage al MD Anderson Cancer Center di Houston (Texas)
E.C.M. on line *pag. 8*
pag. 10

ATTUALITA'

Riparlamo di Donazione d'organi *pag. 12*

COLLABORAZIONE

Cura del corpo, cura dei sentimenti *pag. 13*

I PAZIENTI RACCONTANO

La comunicazione fra il paziente e il suo medico,
fra il medico e il suo paziente *pag. 14*

RIQUALIFICAZIONE

Corso di riqualificazione per il personale ausiliario *pag. 15*

ON LINE

Servizi on line: nuovi strumenti di comunicazione *pag. 16*

CURE PALLIATIVE

La rete delle cure palliative *pag. 18*

CONVEGNI

NOTIZIE IN BREVE

Indagine di valutazione della qualità dei servizi ospedalieri *pag. 20*
Rischio antrace *pag. 21*
Cosa pensano gli operatori sul fumo in ospedale *pag. 21*
Il punto che informa *pag. 22*
Progetti presentati a: Premio Alesini,
100 progetti al servizio del cittadino, URP in viaggio *pag. 23*

Spettatore ... no, grazie *pag. 24*



Buon Natale e felice Anno Nuovo
Veselé Vanoce - Štastný Nový Rok.
Merry Christmas and happy New Year.
クリスマスの喜びと新年の御幸福を祈ります。
Hauskaa Joulua - Onnellista Uutta Vuotta

敬祝圣诞 恭贺新年

Srečna Nova Godina

Feliz Natal e bom Ano Novo

Gelukkig Kerstfeest en Voorspoedig Nieuwjaar

La Mułti Ani!

Glædelig Jul og Godt Nyttår

Καλά Χριστούγεννα και Εδύχισμενος ο Καινούργιος Χρόνος

С НОВЫМ ГОДОМ

Gledelig Jul og godt Nyttar

Kellemes karácsonyi ünnepeket és boldog új évet kívánunk

Felices Navidades y próspero Año Nuevo

Frohe Weihnachten und ein glückliches Neues Jahr

عيد ميلاد سعيد وعام جديد سعيد

החג שמח

Gelukkige Kersees en Voorspoedige Nuwejaar

God Jul och Gott Nytt År

Yeni Yilinizi Kutlar, Sağlık ve Basarılar Dileriz

Joyeux Noël et bonne Nouvelle Année

Wesołych Świąt - Szczęśliwego Nowego Roku

Gëzuar Vitin e Ri



Arriva l'euro

Ormai ci siamo: dal 1° gennaio 2002 la nuova moneta porterà cambiamenti, arrotondamenti e timori. Le cose più importanti da sapere e l'impatto sulla nostra azienda.



Da ricordare

Un euro vale 1.936,27 lire

Dal 1° gennaio 2002, l'euro sarà la sola moneta scritturale nei dodici paesi di "Eurolandia"

In Italia, dal 1° gennaio al 28 febbraio 2002 ci sarà la doppia circolazione delle banconote e delle monete in lire ed in euro

Dal 2 gennaio 2002 in banca si potrà prelevare in contanti solo euro e non più lire

Si potranno cambiare lire in euro presso gli sportelli della banca e presso gli uffici postali almeno fino al 28 febbraio 2002 (data prorogata)

Le lire rimaste potranno essere cambiate in euro presso la Banca d'Italia fino al 2012

Gli assegni in lire con data successiva al 31 dicembre 2001 non sono validi, quelli datati 2001 rimangono validi anche nel 2002

Dal 1° gennaio 2002 tutti i prezzi, listini e cataloghi saranno espressi in euro. Fino alla fine del periodo di doppia circolazione (28/2) i negozi e gli esercizi che espongono Eurologo si impegnano ad indicare il prezzo in euro e il controvalore in lire, per garantire il massimo rispetto delle regole di conversione

Le carte di credito e le carte Bancomat non dovranno essere sostituite né modificate

Dal 1° gennaio 2002 tutti i conti correnti dovranno essere espressi obbligatoriamente in euro

A partire dagli ultimi giorni del 2001 saranno disponibili presso le banche e gli uffici postali pacchetti preconfezionati di vari tagli di monete del valore complessivo di 12,91 euro (circa 25.000€). Le monete in euro potranno essere però utilizzate solo dal 1° gennaio 2002 e non prima.

Dal 1° gennaio 2002 tutti i contratti espressi in lire (affitto, polizze e assicurazioni) saranno automaticamente ridenominati in euro, senza la necessità di stipularne dei nuovi: tutte le cifre verranno convertite applicando le regole di conversione e di arrotondamento. Quindi l'introduzione dell'euro non modificherà il valore dei contratti.

Per quanto riguarda le tariffe in vigore dall'1/1/2002 in azienda, la Regione Emilia-Romagna ha previsto l'arrotondamento ai 5 eurocent superiori o inferiori (sulla base del posizionamento del secondo e terzo decimale); il criterio fissato favorisce la massima trasparenza nei confronti dell'utenza e vuole evitare problemi gestionali (troppa moneta di piccolo taglio in circolazione, difficoltà per le macchinette riscuotitrici automatiche di gestire i piccoli tagli di moneta).

Per analogia si è scelto lo stesso criterio di arrotondamento per quanto riguarda tutte le altre tariffe aziendali (quali i buoni mensa, le cartelle cliniche, le camere a pagamento, le consulenze ecc.). Un esempio delle nuove tariffe:

Nome	Importo £	Importo Euro come da conversione	Tariffa Euro Regionale
Visita generale	32.000	16,53	16,55
Elettrocardiogramma	22.500	11,62	11,60
Ecografia dell'addome inferiore	62.000	32,02	32,00
Colesterolo totale	2.200	1,14	1,15
Ecocolordoppler TSA	85.000	43,90	43,90

Le fasi di avvicinamento all'Euro presso l'Azienda S.Maria Nuova

Anno 1998

Istituzione del gruppo di lavoro Euro per la predisposizione del Programma operativo di attuazione per l'introduzione all'Euro (P.O.A.)

Anno 1999

Adozione del Programma operativo di attuazione (P.O.A.)

Marzo 2001

Ricostituzione del gruppo di lavoro Euro, formato dai servizi Bilancio e Finanza, Informatica, Segreteria Generale, Provveditorato, Tecnico, Logistico-Alberghiero, Personale, Direzione Sanitaria, Sviluppo Organizzativo, Tecnologie biomediche, Controllo di Gestione, Politiche e sviluppo Risorse umane

Giugno 2001

Iniziano i corsi di formazione Euro che coinvolgono circa cento persone

Obiettivi del corso:

- diffondere la conoscenza del fenomeno Euro: lo scenario, il processo di integrazione, la normativa comunitaria e nazionale;
- diffondere la conoscenza dei principi e delle regole di conversione Euro;
- conoscere i principali impatti dell'Euro sulle aziende e gli aspetti organizzativi di un Progetto euro in azienda. Fornire agli addetti le conoscenze inerenti gli impatti euro sulla tematica di competenza, coerentemente con le scelte aziendali e le evoluzioni attese.

Sono stati previsti complessivamente 9 moduli, di cui 3 relativi ai fondamenti euro, 1 rivolto ai dirigenti, 1 relativo all'area contabile, 1 relativo all'area appalti-contatti-magazzino, 1 relativo all'area gestione del personale e 2 rivolti al personale addetto alle casse e al pubblico

Novembre 2001

Predisposizione del piano di transizione all'Euro (programma dell'attività da svolgere ai fini dell'introduzione della nuova moneta):
conversione delle procedure informatiche, aspetti contabili, rapporti con l'utenza.

I criteri di Conversione e arrotondamento

Conversione di un importo dalla lira all'euro

Calcolo intermedio
non costituisce importo da contabilizzare o da pagare

L'importo convertito in euro va utilizzato con:

- cinque cifre decimali per gli importi originariamente espressi in unità di lire;
- quattro cifre decimali per gli importi originariamente espressi in decine di lire;
- tre cifre decimali per gli importi originariamente espressi in centinaia di lire;
- due cifre decimali per gli importi originariamente espressi in migliaia di lire.

Importo finale
costituisce importo da contabilizzare o da pagare

L'importo convertito in euro va utilizzato con:

- un numero di decimali non superiore a due (arrotondamento per eccesso o per difetto al cent più vicino)

Conversione di un importo dall'euro alla lira

Sempre Importo finale
costituisce importo da contabilizzare o da pagare

L'importo convertito in lire va arrotondato:

- per eccesso o per difetto all'unità (la lira) più vicina.

L'impatto sulla gestione delle aziende sanitarie

La direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 giugno 1997 sulle problematiche connesse all'introduzione dell'euro costituisce il punto di riferimento per l'adeguamento di tutta la Pubblica Amministrazione. Le disposizioni in essa contenute sono vincolanti soprattutto con riferimento alle tre priorità:

- permettere ai cittadini di utilizzare l'euro nei pagamenti verso la P.A.;
- permettere ai cittadini di ricevere pagamenti in euro dalla P.A.;
- permettere ai cittadini di comunicare e ricevere risposta in euro dalla P.A.

Le aziende sanitarie devono adoperarsi per rendere effettive queste tre opzioni all'utente, al cliente, all'impresa fornitore, agli erogatori di servizi e prestazioni sanitarie.

A questo proposito si è provveduto alla conversione delle procedure informatiche per renderle eurocompatibili e ci si sta attrezzando per creare il minor disagio all'utenza (verranno aggiornate le macchine riscuotitrici, si cercherà di potenziare le casse in previsione delle maggiori code agli sportelli, che sono quantificate in un +30/40% per i primi due mesi dell'anno 2002).

L'impatto euro più significativo supera però il semplice adeguamento operativo della gestione delle aziende sanitarie per spostarsi sugli effetti che il processo di integrazione europea genererà sul sistema sanitario nazionale. L'unione monetaria comporterà sicuramente vantaggi alle imprese, si pensi alle aziende farmaceutiche o di apparecchiature diagnostiche e tecnologiche, in termine di riduzione dei costi di transizione, dei costi per rischi di cambio, di aumento delle economie di scala per l'allargamento dei mercati.

Anche il mercato dei servizi e delle prestazioni sanitarie subirà profondi cambiamenti e così le strategie degli operatori pubblici. Queste le caratteristiche che potrebbero caratterizzare lo scenario europeo per le aziende sanitarie:

- il mercato delle prestazioni sanitarie potrebbe tendere alla "europeizzazione" in conseguenza della confrontabilità dei prezzi;
- trasparenza dei prezzi e maggiore concorrenzialità dovrebbero avere effetti positivi anche sull'acquisto di beni e servizi;
- si profila quindi uno scenario più dinamico, che richiede di massimizzare l'efficienza in funzione di una competitività sempre più dimensionata a livello europeo;
- potrebbe quindi essere un'occasione per imprimere un'accelerazione nei processi di razionalizzazione delle aziende sanitarie.

Davide Fornaciari Responsabile del Servizio Bilancio e Finanza - Referente Euro Aziendale

Progetto di miglioramento della movimentazione manuale dei pazienti

Tutto il personale addetto alla assistenza dei pazienti è interessato a ridurre l'esposizione alle patologie specifiche della movimentazione.

Il Servizio di Prevenzione e Protezione ha esposto il progetto pluriennale alla Direzione Sanitaria e al Servizio Infermieristico e Tecnico; il Servizio Alberghiero e il Servizio Tecnologie Biomediche si affiancano per l'organizzazione e la gestione degli appalti di attrezzature.

Obiettivi

- Diminuire il n° degli eventi, abbassare il n° dei giorni di assenza per le patologie connesse alla movimentazione dei pazienti.
- Diminuzione del n° di persone dichiarate inidonee o idonee con limitazione.
- Mantenimento in attività del personale sanitario presente .

Dati Da Raccogliere Ed Elaborare

N° operatori ed infermieri dichiarati con limitata idoneità e/o non idonea
N° infortuni (denunce INAIL) e analisi delle cause

N° malattie professionali (denunce INAIL) e analisi delle cause

N° giorni di assenza e tendenza della curva della durata in giorni di assenza per patologia

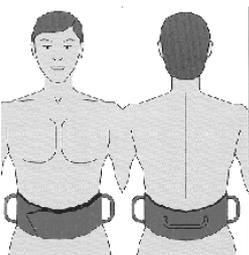
Investimento in Formazione e Nei Presidi di Ausilio alla Movimentazione Pazienti

Sono strategiche la formazione del personale, la dotazione di idonei ausili specifici e di arredi che sono muniti di dispositivi che abbattano drasticamente la necessità di movimenti

a rischio. Perciò risulta necessario approfondire ed aggiornare i criteri di valutazione e di scelta dei percorsi professionali e delle attrezzature intervenendo sui meccanismi operativi di determinazione degli investimenti. Per questa ragione occorre anticipare l'analisi delle tipologie di operazioni di spostamento e/o trasferimento dei pazienti non autosufficienti effettuate, in relazione al tipo di disabilità ed il grado di collaborazione degli utenti/pazienti.

In particolare si intende intervenire sistematicamente sulle seguenti priorità:

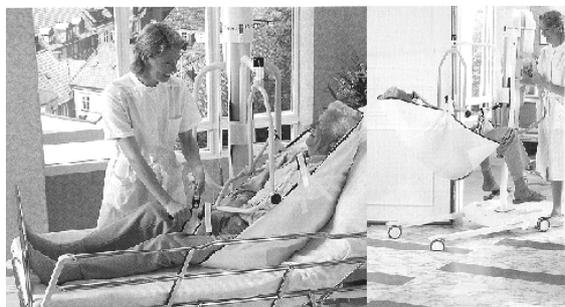
✓ **FORMAZIONE DEL PERSONALE:** estensione a tutti gli operatori e ai nuovi assunti, avviamento del già previsto programma di verifica per attestare che le manovre apprese siano poi effettivamente applicate.



✓ AUSILI SPECIFICI

cinture ergonomiche, con maniglie e dischi girevoli: questi mezzi sono indicati come necessari nella procedura illustrata in ogni U.O. ; devono essere acquistati dall'Azienda e pertanto occorre quantificare la necessità dell'attrezzatura, valutarne il gradimento, regolarne la diffusione;

solleva pazienti: è stato completato il programma di diffusione dell'attrezzatura acquisendo tutte e 10 le apparecchiature, complete di accessori; sono iniziate le verifiche dell'utilizzo reale; la frequenza di impiego risulta molto diversa e occorre un confronto per evidenziare i motivi dell'utilizzo limitato



asse a scivolamento o roll bord: è stata completata la domanda di fornitura, per arrivare a coprire 25 unità operative a maggior carico di movimentazione manuale, oltre ai 15 già consegnati all'inizio dell'anno.

Gli ausili individuati in sollevapazienti Arjo (2) e asse di scivolamento Samarit Rollbord (3) sono considerati dai docenti EPM i migliori attualmente sul mercato, come riscontrato durante il corso tenuto dall'AUSL di R.E. nell'aprile scorso.

✓ **ARREDI MUNITI DI DISPOSITIVI**



aste solleva pazienti: saranno assecondate tutte le richieste del personale e si stimolerà l'impiego diffuso;

letti : è prevista la sostituzione al 2002 di tutti i letti. Occorre mettere in moto una modalità di scelta dell'apparecchiatura e la modulazione del mix delle attrezzature tra letti elevabili elettricamente e sollevabili con meccanismo a gas;

carrozine e barelle: sarà redatta mappatura e definizione delle caratteristiche delle attrezzature.



La **scelta delle attrezzature** sopra elencate è considerata necessaria a certificare la diminuzione del rischio: perciò i servizi responsabili degli acquisti si avvalgono della collaborazione del S.P.P. per la stesura dei capitolati tecnici, per la partecipazione alle commissioni di gara, per la scelta dei prodotti.

In questo ambito, inoltre, si individua una iniziativa di valenza strategica :

lo **studio preventivo** dei letti e delle attrezzature per la Movimentazione manuale dei Pazienti da acquisire per il trasferimento delle unità operative nell'ampliamento; ciò prevede di valutare i lay-out, i percorsi e gli arredi del reparto con l'individuazione degli aspetti che possono condizionare l'uso degli ausili.



Sicurezza fino ... al tetto

Recentemente è stata realizzata una "linea vita" sulla copertura del S.Maria Nuova, per consentire l'accesso alla manutenzione senza timore della caduta.

L'operatore imbragato esce sul tetto già ancorato ad apposita fune metallica e si può spostare poi sul tetto con buona libertà di movimento.

Il personale del settore edile del Servizio Attività Tecniche è stato opportunamente istruito.



di Giovanni Guatelli - Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione

Punto di informazione e Supporto (PIS)

Il Servizio di Oncologia ha deciso di aderire ad una sperimentazione clinica controllata, e multicentrica volta a testare (un circa 40 reparti oncologici) l'impatto di una modalità strutturata di fornire informazioni e supporto ai pazienti che vi accedono.

Ogni efficace forma di comunicazione fra personale sanitario e pazienti oncologici presuppone che a questi ultimi vengano fornite tutte le informazioni necessarie in una forma che possa essere facilmente compresa e assimilabile. In Italia, salvo rare eccezioni, il problema dell'informazione dei pazienti oncologici non è mai stato affrontato a livello organizzativo e scientifico. Un censimento nazionale sull'informazione (indagine condotta nel 2000 dal GICO="Gruppo per lo studio dell'Informazione e della Comunicazione in Oncologia") evidenzia grosse carenze in termini di **STRUMENTI E RISORSE** dedicate all'informazione nonché frammentarietà e variabilità di materiali luoghi e persone dedicate all'informazione.

Da tutto ciò emerge la necessità di un'azione di tipo culturale-informativa-educativa al fine di consentire, ai pazienti che lo vogliono, di essere più competenti sulla propria malattia, di esprimere le proprie opinioni, di operare delle scelte.

Obiettivi dello studio

Individuare un modello efficace di fornire informazioni che siano in grado di soddisfare la maggior parte delle categorie di pazienti indipendentemente dalla fase di malattia-livello di istruzione-provenienza geografica.

Il modello deve poter essere diffuso e riproducibile a livello Nazionale Supportare i pazienti e/o i familiari che spontaneamente vogliono avere ulteriori informazioni sanitarie, orientandoli nella ricerca (opuscoli, informative, internet), indirizzandoli al proprio medico oncologo qualora le informazioni richieste siano esclusiva competenza, proponendo il consulto

con altre figure (psicologo) qualora sia ritenuto utile.

Censire la tipologia di persone (pz, parenti, amici) che accedono alle informazioni

Censire la tipologia di informazioni richieste

Studiare la fattibilità della modalità organizzativa adottata per la sperimentazione.

Disegno dello studio

Lo Studio confronta due condizioni (due Bracci) selezionate con criteri di casualità.

Una sperimentale in cui i servizi Oncologici selezionati istituiscono un Punto di Informazione e Supporto (PIS) ed una che funge da braccio di controllo in cui i Servizi Oncologici selezionati non modificano nulla rispetto al modo di dare informazioni.

Il nostro Servizio di Oncologia fa parte del GRUPPO sperimentale ed a partire da settembre ha attivato il centro di informazioni in una delle salette di attesa. All'interno del PIS i pazienti, i loro familiari ed i loro amici possono accedere ad una Biblioteca per pazienti munita di OPUSCOLI, LIBRI, videocassette ma soprattutto hanno la possibilità di incontrare un INFERMIERE di ONCOLOGIA istruito ed addestrato a fornire informazioni ed avere la funzione di aiutare nella ricerca chiunque desideri ricevere ulteriori notizie sanitarie. Per realizzare questo si è tenuto a Parma una settimana di formazione diretta dal prof. Campione, dell'Istituto di Psicologia dell'Università di Bologna.

Il corso è stato frequentato da 2 Infermiere Professionali Dallari Gina e Regnani Elisa per garantire continuità di presenza. LA FORMAZIONE ha affrontato diversi argomenti tra cui

- ✓ Il bisogno informativo nelle realtà oncologiche,
- ✓ Ruolo e funzioni dell'infermiere professionale addetto al PIS,
- ✓ Decodifica dei bisogni dell'utente,
- ✓ Capacità di rispondere al bisogno informativo,
- ✓ Capacità di reperire informazioni/materiale,
- ✓ La dimensione psicologica della comunicazione e informazione.



La responsabilità dello studio è affidata

alle 2 infermiere che hanno partecipato al corso formativo le quali hanno come punto di riferimento un medico del Servizio che coordina la sperimentazione

Alla fine della sperimentazione (6 mesi) si andrà a valutare l'impatto di questo intervento su una serie di variabili quali

- ✓ La soddisfazione del pz per le informazioni ricevute
- ✓ La capacità di ricordare le informazioni
- ✓ La capacità di parlare con il proprio medico
- ✓ La riduzione o meno del disagio psicologico

Risultati attesi

Noi ci attendiamo un miglioramento per il paziente dal punto di vista psicologico (riduzione dello stato di ansia legato al "non sapere", possibilità di avere informazioni con tranquillità e da personale appositamente dedicato) nonché la possibilità di crescita professionale per il personale infermieristico (attiva percorsi di integrazione infermiere-paziente-medico-psicologo).

Lo studio, progettato circa un anno fa, è partito all'inizio di settembre.

Alla fine della sperimentazione ci proponiamo di pubblicare i risultati dello studio.

di Gina Dallari,

Donata Masini, Elisa Regnani

U.O. di Oncologia

Stage al MD Anderson Cancer Center

di Houston (Texas)

Il dott. Francesco Merli del Servizio di Ematologia diretto dal Dott. Luigi Gugliotta, ha trascorso un periodo di due mesi e mezzo (Giugno - Agosto 2001) al Department of Lymphoma and Myeloma del MD Anderson Cancer Center (MDACC) di Houston, uno dei maggiori centri oncologici degli Stati Uniti.

In un colloquio "a ruota libera" con Luca Scarano ci ha riportato le sue impressioni su quell'esperienza.

Come è nata l'idea di trascorrere un periodo negli Stati Uniti presso un Centro specializzato nella terapia dei linfomi?

Da circa quindici anni partecipiamo come ematologi ad esperienze polivalenti volte a mettere in comune i dati e quindi a migliorare, tramite scelte condivise con i maggiori centri italiani, le opzioni terapeutiche nelle principali patologie onco-ematologiche (leucemie, linfomi, mielomi). Per quanto riguarda i linfomi la nostra collaborazione ha trovato espressione prevalentemente nel Gruppo Italiano per lo Studio dei Linfomi (GISL).

Personalmente mi sono occupato in modo specifico di linfomi fin dal mio ingresso in Ospedale come borsista. L'impegno di tutta la nostra équipe, in particolare del dott. Avanzini prima e della dott.ssa Ilariucci in un secondo momento, ha fatto sì che da qualche anno sia stata affidata al centro di Reggio Emilia la conduzione di trials clinici nell'ambito di studi nazionali pur in presenza di Istituzioni di altre città più rilevanti della nostra.

Sulla scia di questo impegno, a seguito di un contatto con il dott. Fer-

nando Cabanillas, direttore del dipartimento linfomi del MD Anderson di Houston, è stato deciso di considerare nel nostro Piano di Formazione, la realizzazione di uno stage allo scopo di verificare la nostra esperienza in questo tipo di patologie con uno dei più importanti centri mondiali nella terapia dei linfomi.

Sono quindi partito non con il compito di apprendere una particolare modalità terapeutica, ma di misurare a 360 gradi il nostro approccio ai linfomi sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico.

In un certo senso ho potuto confrontare non solo l'aspetto più strettamente clinico-oncologico, ma anche quello riguardante tutti quei servizi essenziali per la diagnosi e la terapia dei linfomi (anatomia patologica, laboratorio, radiologia, medicina nucleare, radioterapia).

Potresti sintetizzare l'esito di questo confronto? Come ci si sente di fronte a realtà ospedaliere così grandi e di avanguardia?

Prima di tutto bisogna avere l'umiltà di riconoscere che c'è un gap che nasce dall'esperienza: a Reggio vediamo circa 80 nuovi casi di linfoma all'anno, loro 1300.

A questo concorre anche l'assoluta disparità di mezzi che consente loro di eseguire ogni esame clinico-strumentale praticamente in tempo reale e di valutare la loro casistica giorno per giorno, tramite una schiera di infermiere dedicate alla raccolta dati, ciò consente di tradurre in tempi rapidissimi l'esperienza sui malati in studi di ricerca clinica.

Se si hanno ben presenti queste premesse, poi si può avere anche qualche piacevole sorpresa (ad esempio l'assoluta precocità e qualità della nostra

PET anche in relazione ad un centro di quel livello) e soprattutto importare più cose di quanto non si pensi, senza per questo scimmiettare un istituto che ha ben altre finalità e dimensioni rispetto al nostro ospedale.

In sintesi, fatte salve le differenze citate, non ho notato enormi disparità sugli strumenti finalizzati alla diagnosi del linfoma, avendo quindi riportato una conferma sulla buona qualità dei nostri Servizi; forse chi ha più da recuperare siamo proprio noi clinici, particolarmente per quanto riguarda le cosiddette "terapie di salvataggio" nei ricaduti.

Anche in questo caso, però, bisogna tenere presente che per la numerosità della casistica stiamo parlando di un Istituto idoneo per dare risposte, in tempi assai stretti, sull'efficacia di qualsiasi farmaco sperimentale.

Come era organizzata la tua giornata?

Partecipavo all'attività clinica (reparto o day hospital, occupati unicamente da pazienti affetti da linfoma) dalle 8.30 alle 16.30 circa.

In tale occasione venivo sistematicamente coinvolto nelle problematiche dei pazienti sentendomi molto partecipe delle decisioni assunte.

Un aspetto estremamente interessante era rappresentato dagli incontri di un'ora, pressoché giornalieri, fra clinici, anatomo-patologi, radiologi, radioterapisti ed infermieri, nel corso dei quali, durante il pranzo, venivano presentati e discussi i casi clinici nuovi o più problematici.

Dalle 16.30 alle 19.30 usufruivo della biblioteca dell'Istituto, assolutamente straordinaria per la varietà delle riviste e la disponibilità di accesso alle informazioni.

L'assenza di responsabilità cliniche

dirette rendeva per nulla pesante questa prolungata presenza in Ospedale, peraltro il caldo torrido di Houston sconsigliava premature uscite all'esterno.

Molto spesso dopo esperienze di questo genere ci si sente chiedere "che cosa hai portato a casa?"

E, più in generale, a te cosa è piaciuto?

Penso di aver appreso, prima di tutto, una maggiore metodicità nel definire il percorso di ogni singolo caso di linfoma in modo che l'imprevisto sia ridotto al minimo (ad es. l'uso sistematico dell'esame istologico nella definizione di una recidiva).

Poi una serie di suggerimenti, solitamente di quelli che non si scrivono sulle pubblicazioni, che nascono dall'esperienza quotidiana su di una casistica così vasta (accorgimenti nell'uso di alcuni chemioterapici per ridurne la tossicità, timing dei fattori di crescita...).

Inoltre penso di aver stabilito un ponte con un interlocutore di livello assoluto con il quale confrontarmi per i casi complessi: tramite la posta elettronica c'è l'abitudine di avere risposte immediate che hanno l'unico ritardo legato al differente fuso orario.

In generale, mi è piaciuta la capacità di condividere la propria cultura medica con un estraneo, il considerare il fatto che "ci sei" anche tu, l'assoluta libertà di accesso alle fonti scientifiche (compresi tutti i protocolli di studio).

Mi è piaciuta l'informalità dei rapporti a tutti i livelli, per cui puoi avvicinare in qualsiasi momento "il collega famoso" per discutere con lui.

Al confronto un certo nostro mondo accademico, e non solo, mi è parso decisamente anacronistico e destinato, in ultima analisi, a risultare sempre meno competitivo in termini scientifici

Qualche aspetto negativo?

Il servizio sanitario basato sul sistema assicurativo, per cui a redditi bassi corri-

sponde l'assistenza in ospedali di qualità inferiore, non mi ha certo entusiasmato e dalle opinioni che ho scambiato credo che lasci più di una perplessità anche a parecchi medici americani...

Concretamente, c'è qualcosa che vorresti fare sulla scorta di questa esperienza?

Mi piacerebbe dare vita ad un "Progetto Linfomi" che preveda la crescita culturale nostra e di tutte quelle figure che collaborano con noi ematologi alla diagnosi ed alla terapia dei linfomi, sia favorendo esperienze come la mia, sia creando periodiche occasioni di incontro per la discussione dei casi clinici. Contestualmente penso alla possibilità di ordinare ed elaborare i dati consentendo di valorizzare la nostra casistica nel contesto degli studi cooperativi ed una miglior valutazione dei dati che a noi affluiscono da altri centri.

Tale tipo di attività non è più pensabile che sia svolta adeguatamente dai soli medici nell'ambito del "tempo libero".

Credo che, fortunatamente, l'associazione Gruppo Amici dell'Ematologia (GRADE) sia sensibile ad un progetto con queste caratteristiche.

In conclusione...

In conclusione credo di dovere qualche ringraziamento per questa esperienza statunitense.

Al GRADE che l'ha "concretamente" sostenuta.

Al dottor Grisendi che l'ha appoggiata con entusiasmo fin dalla prima volta in cui gliene ho parlato.

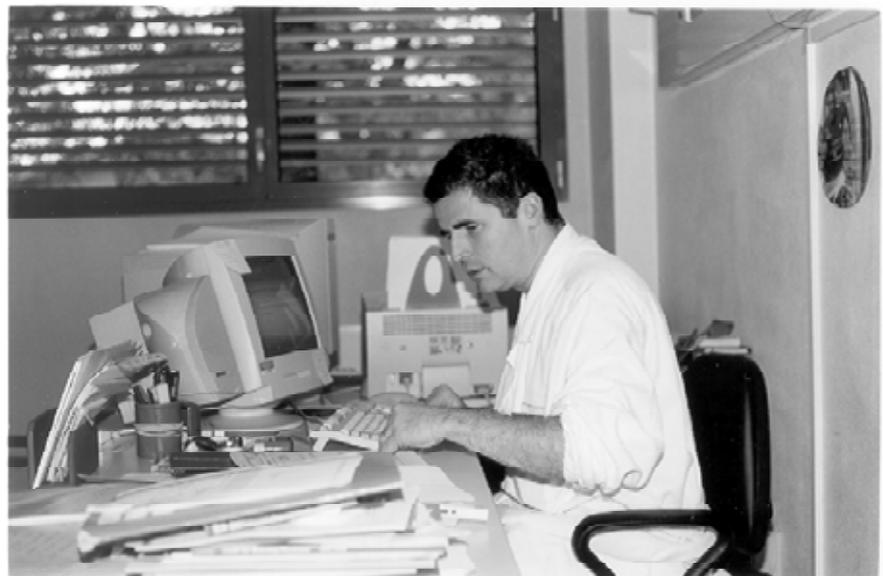
Ai miei colleghi dell'Ematologia che, in periodo estivo, si sono sobbarcati i miei turni di servizio adattando inoltre le loro ferie per evitare sovrapposizioni. Francamente non so in quanti altri posti avrei trovato la stessa sensibilità.

di Luca Scarano

U.O. di Immunoematologia e Trasfusionale

Francesco Merli

Dirigente Medico U.O. di Ematologia



ECM on line



E.C.M. - Educazione Continua in Medicina
Programma Nazionale per la formazione continua degli operatori della Sanità

Il prossimo 31 dicembre si conclude la seconda fase sperimentale del sistema di attribuzione dei crediti formativi da parte del Ministero della salute. L'Italia è il primo paese europeo ad avere adottato il sistema dell'ECM per tutte le professioni sanitarie. Sono 5.700 gli eventi formativi, per il secondo semestre di quest'anno, per i quali è stata chiesta l'attribuzione dei crediti formativi ed oltre 14.000 dall'avvio della prima fase sperimentale.

Da Ottobre non è più possibile richiedere l'accreditamento di eventi formativi con l'ECM per l'anno 2001 e si rimanda al sito del Ministero della Sanità per ogni informazione e novità <http://ecm.sanita.it/>.

STATO	PROVIDER	TITOLO	DIPARTIMENTO	TIPO EVENTO	LUOGO	DATA
Richiesta accreditamento corsi (2° semestre 2001)						
validato	Organizzativo	Produzione di linee guida per ricerca, valutazione e	Area Chirurgica 5°	Residenziale	Reggio Emilia	18/10/2001
validato	Organizzativo	Categoria B corso BLS-D esecutori	Emergenza Urgenza	Residenziale	2° Maria Luova	10/10/2001
validato	Organizzativo	servizi di pronto soccorso infermiologico e neurologico	Emergenza Urgenza	Residenziale	Sanilunum Padiglione Sala Conferenze	10/10/2001
validato	Organizzativo	complessi patologie di casi ematologici	Area medica 1° Patologia Clinica e	Residenziale	2° Maria Luova	12/10/2001
validato	Organizzativo	soccorso infermiologico e neurologico	Area Chirurgica 5°	Residenziale	Hotel Mercure Astoria Viale	28/11/2001
validato	U. O. Neurologia	Emicrania e co-morbilità	Area Medica 5°	Residenziale	Hotel Mercure Astoria Viale	30/10/2001
validato	Organizzativo	Organizzazione del lavoro in	Area Medica 1°	Residenziale	Reggio Emilia	01/10/2001
validato	Medica	Incontri multidisciplinari	Area Medica 1°	Residenziale	Reggio Emilia	24/10/2001
validato	U. O. Endocrinologia	Interventistica paratiroidea diagnostica ed	Area Medica 1°	Residenziale	U. O. Endocrinologia	12/11/2001
validato	U. O. Endocrinologia	corso di Ecografia di pancreas	Area Medica 1°	Residenziale	U. O. Endocrinologia	28/10/2001
validato	U. O. Endocrinologia	Interventistica paratiroidea diagnostica ed	Area Medica 1°	Residenziale	U. O. Endocrinologia	10/10/2001



E.C.M. Educazione Continua in Medicina

Programma Nazionale per la formazione continua degli operatori della Sanità

FORMAZIONE

STATO	PROVIDER	TITOLO	DIABILIMENTO	DESTINATARI TIPO EVENTO	EVENTO LUOGO	INIZIO DATA
validato	U.O. Endocrinologia	interferenziale Panhistologica diagnostica ed Stage di Ecografia Tiroidea e	Area Medica 1°	Destinato ai Medici Residenziale	ASMI BE U.O.	12/09/2001
validato	Critica Dipartimento Area	neurologico Corso di Elettrocardiografia	Area Critica	Professionali Destinato agli Infermieri Residenziale	ASMI BE Rianimazione Sala Pulmoni 2° Maria Nuova	18/11/2001 24/11/2001
validato	Critica Dipartimento Area	BLS esecuzione BLS esecutori	Area Critica	Destinato a Ostetriche Residenziale	Reggio Emilia	08/10/2001 18/10/2001
validato	Critica			Professionali Destinato agli Infermieri	BE	
validato	Critica			Professionali e Medici Professionali ed ai Tecnici Destinato agli Infermieri		
validato	Critica Dipartimento Area	esecutore Resuscitating Basic Life Support	Area Critica	Residenziale	Reggio Emilia	11/10/2001
validato	Critica Dipartimento Area	BLS esecutori	Area Critica	Residenziale	Reggio Emilia	10/10/2001
validato	Critica Dipartimento Area	Corso di defibrillazione	Area Critica	Medica Residenziale	Reggio Emilia	01/10/2001
validato	Critica Dipartimento Area	BLS pediatrico esecutore	Area Critica	Medica Santori di Radiologia Professionali ed ai Tecnici Destinato agli Infermieri	Reggio Emilia	24/09/2001
validato	Critica	manuale precoce		Destinato ai Medici		
validato	Centro ematizi e I. Medicina Interna	Trasfusiologia alle Trasfusioni e gravidanza: Dal	Area Medica 1°	Residenziale	Reggio Emilia Sala Magnani Via	02/10/2001
validato	Infermieri	Infermieri guide di tirocinio	Infermieri	Professionali Destinato agli Infermieri		
validato	Corso di Laurea per	Corso di formazione per	Corso di Laurea per	Residenziale	Reggio Emilia	30/10/2001
ancora validato inserito e non	Infantile	complicanze ostetriche	Materno Infantile	Destinato ai Medici	Reggio Emilia	
validato	Dipartimento Materno	II semestre con alterazioni della	Dipartimento	Residenziale	Sala Magnani Via Gandhi, 5	12/11/2001
ancora inserito e non	Infantile	del SNC umano	Materno Infantile	Professionali Destinato ai Medici		
validato	Dipartimento Materno	Sequenze normali e patologiche	Dipartimento	Residenziale	Sala Magnani Via Gandhi, 5 BE	
validato	Critica Dipartimento Area	prodotti respiratori Assistenza al paziente con	Area Critica	Professionali Destinato agli Infermieri	Maria Nuova Rianimazione 2° Sala Pulmoni	04/12/2001
validazione assegnato in	U.O. Endocrinologia	aggiornamenti di Novembre	Area Medica 1°	Destinato ai Medici Residenziale	Nuova Sala Magnani	28/11/2001

di Annarita Guglielmi Ufficio Sviluppo Organizzativo



Riparlamo di Donazione d'organi

A sei mesi dalla "Giornata Nazionale della Donazione" (25 marzo 2001) è giunto il momento di fare il punto della situazione e di parlare un po' del futuro.

La "Giornata Nazionale", preparata a lungo e con grande entusiasmo, è stata fonte di vera soddisfazione per tutti gli Operatori coinvolti. L'iniziativa è stata realizzata in collaborazione con le altre istituzioni e con l'Associazione Italiana per la Donazione di Organi e Tessuti (AIDO).

L'interesse mostrato dalla cittadinanza è stato notevole, come notevole è stato il numero di persone affluite ai tavoli allestiti presso il S. Maria e lo Spallanzani.

I Cittadini hanno spontaneamente ritirato il materiale illustrativo a disposizione ed alcuni hanno approfittato dell'apertura dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) per esprimere la volontà circa la donazione dei propri organi e tessuti dopo la morte.

Ciò che più mi ha piacevolmente colpita, però, è stata la voglia di moltissimi Cittadini di fermarsi a parlare con gli Operatori disponibili, per chiarire dubbi, ottenere spiegazioni, fugare paure o solo per essere rassicurati circa la trasparenza e la correttezza procedurale dell'evento "donazione". Devo dire a questo riguardo che, personalmente, ritenevo la Giornata Nazionale l'occasione per poter parlare da vicino con la gente e per tentare di creare un clima amichevole e sereno che inducesse le persone a "tirare fuori" i propri pensieri. Posso dire che ci siamo riusciti, ma non ci si può fermare qui.

Dal 25 marzo ad oggi è proseguito il flusso di cittadini che si sono recati presso l'URP a manifestare il proprio parere in merito alla donazione di organi e tessuti a scopo di trapianto terapeutico.

Colgo quindi qui l'occasione per ri-

cordare ai Lettori ed ai loro familiari che la raccolta delle volontà continua, secondo gli orari di ufficio dell'URP. Invito personalmente tutti coloro che ancora non hanno espresso un parere a volerlo fare con sollecitudine, anche per contribuire a creare quell'Archivio informatizzato Nazionale previsto dalla Legge sui trapianti in cui saranno inseriti tutti i cittadini italiani.

Non posso fare a meno di ricordare ai Lettori quale sia il valore ed il significato della donazione di organi e tessuti: se ne è parlato tanto, più recentemente in termini polemici e poco corretti, spesso irriguardosi nei confronti dei pazienti in attesa di trapianto.

Io mi limito a ricordare che la solidarietà tra gli uomini è il solo valore sul quale si fonda una società civile ed è altresì la garanzia che nessuno di noi verrà abbandonato al proprio destino senza che tutto il possibile sia fatto.

Vorrei concludere queste poche righe formulando un vivo ringraziamento a tutti gli Operatori che costantemente lavorano per mantenere viva la cultura della donazione.

Laura Favilli

Coordinatore Locale Donazioni e Prelievi d'Organi e Tessuti



Cura del corpo, cura dei sentimenti

Una prestigiosa Scuola di Specializzazione di Psicoterapia Psicoanalitica "Modello Tavistock" individua il reparto di Neonatologia come centro per il tirocinio degli studenti specializzandi.

Da settembre 2001 è stipulata una convenzione che prevede la frequenza per 4 anni di studenti della Sezione Italiana di Firenze - Centro Studi Martha Harris- presso il nostro Dipartimento Materno Infantile, diretto dal Prof. Giacomo Banchini; gli studenti vengono seguiti in questo percorso dalla tutor Dott.ssa Piergiuseppina Fagandini, Psicologa-Psicoterapeuta del Dipartimento e svolgono soprattutto esperienze di Infant Observation e di ricerca nella Sezione di Neonatologia, diretta dalla Dott.ssa Cristiana Magnani.

Il Centro Studi Martha Harris e la Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica per bambini, adolescenti e famiglie della Sezione Locale di Firenze, rappresentano nell'ambito della realtà culturale e scientifica italiana una estensione originale delle esperienze di Psicoterapia Psicoanalitica Infantile universalmente riconosciute sotto la denominazione di "Modello Tavistock".

La Clinica Tavistock è stata fondata nel 1920 a Londra da Hugh Crichton Miller allo scopo di offrire una terapia psicoanalitica a persone che altrimenti non avrebbero potuto permettersela.

Nel 1948 la Clinica diventa parte del Servizio Sanitario Nazionale Inglese. La Clinica Tavistock di Londra è un'istituzione multidisciplinare; il suo obiettivo finale è quello di promuovere una crescita positiva della salute mentale dell'individuo, della famiglia e della società. In questo senso non vengono solo studiati i processi psicopatologici, ma anche le condizioni ambientali e sociali che permettono dei cambiamenti evolutivamente

significativi ed è privilegiato il lavoro di prevenzione.

Lo scopo della Scuola "Modello Tavistock" è di formare degli psicoterapeuti infantili specializzati nella comprensione profonda dello sviluppo e del

comportamento umano, con la funzione primaria di diagnosi e cura di bambini, adolescenti e dei loro genitori, basata su principi e tecniche psicoanalitici.

Oltre alla partecipazione ai seminari teorici e clinici ed alle supervisioni individuali e di gruppo, agli studenti è richiesto di svolgere un tirocinio di 200 ore all'anno, per ciascuno dei quattro anni di corso. Il tirocinio nelle strutture pubbliche ha come scopo quello di offrire allo studente la possibilità di sperimentare la applicazione dei concetti e del metodo psicoanalitico in contesti diversi da quello della stanza di terapia e di avviare scambi con altre professioni che si occupano dei problemi dell'infanzia.

Gli studenti, laureati in Psicologia e iscritti all'Ordine Professionale, durante il tirocinio nel Dipartimento Materno Infantile rappresenteranno un'importante risorsa per le seguenti attività: colloqui di sostegno ai genitori dei neonati prematuri e/o patologici, osservazioni psicodiagnostiche dei bambini ricoverati, gruppi Balint del personale per la discussione dei casi, gruppi di formazione del personale, interventi di sostegno e/o valutazione nelle situazioni di affido e/o adozione e nelle delicatissime situazioni di sospetto abuso. La scelta della Azienda Ospedaliera S.Maria Nuova, da parte della Clinica Tavistock per questa collaborazione, rappresenta un importante riconoscimento scientifico del lavoro diagnostico e terapeutico svolto nel nostro Dipartimento Materno Infantile e soprattutto coglie l'originalità di un'attività sanitaria rivolta a neonati, bambini e adolescenti, che da anni pone una forte attenzione ai bisogni affettivi e relazionali dei piccoli pazienti, delle loro famiglie e degli operatori.

Questa preziosa collaborazione permetterà in particolare di intensificare e qualificare ulteriormente le attività di ricerca sullo sviluppo e il follow-up dei neonati prematuri e dei bambini concepiti con Procreazione Medicalmente Assistita i cui primi risultati sono stati oggetto del Convegno "Bambini e Genitori speciali?" organizzato nel 1998 dal nostro Centro per la Diagnosi e la Terapia della Sterilità diretto dal dott. Giovanni Battista La Sala.

Piergiuseppina Fagandini

Psicologo Dirigente - Dipartimento Materno Infantile



La comunicazione

fra il paziente e il suo medico,

fra il medico e il suo paziente

Chiunque lavori negli ambulatori e nelle corsie ospedaliere sa bene quanto è importante che il paziente trovi un ambiente e delle persone con le quali potere *dialogare*.

La *comunicazione* tra il paziente e gli operatori sanitari che si occupano di lui è parte integrante della prestazione sanitaria, e contribuisce a definirne il livello qualitativo. Oltre alle competenze tecniche di base, il medico e l'infermiere devono avere la capacità di supportare il paziente sul piano umano e personale, e la capacità di comunicare è un presupposto fondamentale per ottenere questo.

La notifica di situazioni cliniche difficili, o anche compromesse, ad un paziente o ad un suo parente è un momento delicato, e a ciò deve essere prestata una attenzione specifica. Purtroppo, è esperienza comune che l'aspetto della comunicazione è spesso trascurato. Sotto la pressione di una molteplicità di impegni, le notizie vengono riferite in fretta e con superficialità, spesso in luoghi inadatti.

Questo viene percepito dal paziente come noncuranza nei propri confronti, e pone le basi per un cattivo rapporto con la struttura sanitaria.

Anche la prestazione medica di più alto profilo qualitativo può essere vanificata se non viene accompagnata da una adeguata modalità di rapporto umano. Inoltre, accade con grande frequenza che, anche quando la informazione viene riferita in tempi e modi adatti, il paziente la recepisce per varie ragioni in modo distorto. Bombardati da una informazione sanitaria gestita spesso malamente e con superficialità da televisione e giornali, i pazienti tendono a far rientrare quello che viene loro riferito entro schemi predefiniti e talvolta non corretti.

La conseguenza di tutto ciò è che l'in-

formazione non passa, o passa in modo inadeguato. Sono convinto che spesso le sofferenze inflitte ad una paziente dalla malattia siano notevolmente aggravate dalla mancanza di conoscenze sulla malattia stessa, sulle terapie, sulle prospettive.

L'ansia ingenerata in una persona dal non sapere può essere maggiore dell'ansia derivata dalla malattia.

Anche in casi di malattie gravi, è spesso preferibile informare le persone di quello che prevedibilmente le aspetta (sofferenze, terapie dolorose, tossiche o prolungate, guarigione lontana nel tempo; non è questo il luogo per discutere della opportunità o meno di notificare la previsione della morte) piuttosto che lasciarle nella incertezza.

La colpa non è dei medici, né degli infermieri e ancora meno dei pazienti. E' che nessuno di noi è abituato a tenere nella dovuta considerazione questi aspetti, e non siamo stati educati a farlo. Ed è un peccato.

Ho pensato che forse si poteva fare qualcosa su questo punto.

Ho chiesto a quattro pazienti che seguivano da tempo presso il Servizio di Endocrinologia se fossero disposti a raccontare ad una assemblea di pazienti la loro esperienza clinica. L'iniziativa si è svolta in collaborazione con la associazione di pazienti "AIBAT - Associazione Italiana Basedowiani e Tiroidei", che fa riferimento al nostro Servizio.

Tutti e quattro hanno accettato subito, nonostante il comprensibile imbarazzo di raccontare in pubblico aspetti così personali e riservati. L'idea era che se una malattia (dai primi sintomi alla diagnosi alla terapia) fosse stata raccontata dagli stessi pazienti che la hanno avuta e che se il loro racconto fosse stato commentato dal medico che si è occupato di loro e che ha seguito la malattia, forse poteva essere fornito un modello di come si svolge una vicenda clinica reale.

In una sala senza più una sedia libe-

ra, le quattro pazienti hanno raccontato quindi come la malattia ha sconvolto la loro vita.

Leda ha spiegato come è diventata gravemente obesa, e di come è entrata in un circolo vizioso di perdita di autostima e depressione, al quale reagiva aumentando l'apporto di cibo. L'idea dell'intervento chirurgico sullo stomaco per risolvere il problema la ha dapprima sorpresa, ma poi si è convinta.

Ora, a 2 anni dall'intervento, è un'altra persona: ha ripreso vita sociale, sul lavoro ha recuperato il coraggio di rapportarsi con i cittadini con i quali entra a contatto, e anche fisicamente ha recuperato moltissimo in termini di salute e benessere.

Rita ha riferito del tumore tiroideo con il quale lotta da 32 anni. Dopo 20 anni durante i quali pensava di essere guarita, lo stesso tumore è ricomparso, e la ha portata a ripetute terapie con iodio radioattivo. Alla fine le metastasi polmonari si sono risolte e, anche se non è del tutto guarita, al momento la malattia è stabilizzata e la paziente gode di buona salute.

Antonella, mamma di due bimbi piccoli, ha raccontato della scoperta di un tumore benigno cresciuto dentro la ipofisi, al centro del cervello.

Questo adenoma produceva quantità anomale dell'ormone GH, e le determinava perdita progressiva della vista, scomparsa del ciclo mestruale, deformazione del viso e delle mani. Ha affrontato con coraggio l'intervento chirurgico di rimozione dell'adenoma, con successivo recupero della vista e del ciclo mestruale.

Lentamente, anche le deformazioni di viso e mani stanno migliorando e, anche se deve proseguire terapie antiormonali continue, la situazione è molto buona.

Nilla sveniva tutti i giorni due o tre volte, a cause di improvvisi crolli della glicemia. Una volta è svenuta mentre guidava, ed ha provocato un inci-

Corso di riqualificazione per il personale ausiliario

dente. Per tre volte è entrata in coma. Per due anni la causa non è stata trovata, fino a che è stato identificato un tumore del pancreas che produceva grandi quantità di insulina. Rimosso questo, gli svenimenti sono cessati di colpo e, dopo anni di vita completamente sconvolta da quello che le capitava quotidianamente, dall'oggi al domani è ritornata a vita normale. Mi ha colpito il coraggio con la quale queste persone hanno raccontato momenti drammatici, vissuti terribili, particolari toccanti. Mi ha stupito la serenità con la quale sono riuscite a trasmettere tutto questo ad un così folto pubblico, che ha apprezzato e capito.

Ma ancora di più mi ha impressionato il fatto che tutte e quattro, senza essersi accordate né con me né fra di loro, abbiano spontaneamente e con vigore sottolineato il valore fondamentale dell'appoggio trovato nei propri familiari.

Nei momenti peggiori, mariti (e, per i pazienti maschi, le mogli) e figli sono stati per loro supporto decisivo per andare avanti e sottoporsi alle procedure che, secondo le indicazioni, avrebbero potuto aiutarle. Ed erano cure pesanti, pericolose, tossiche, gravate da effetti collaterali anche gravi. Tutte hanno avuto con me un rapporto di reciproca grande fiducia. Sottolineo la parola "reciproca" perché, se è certamente vero che il paziente si deve fidare del suo medico, è altrettanto vero anche che il medico si deve fidare del suo paziente. Io penso che queste persone siano guarite da così gravi malattie anche perché con loro si è stabilita quella *comunicazione* che è così importante e preziosa. Con loro sono sempre riuscito a parlare con serenità, anche nei momenti più critici. Affrontavano con determinazione e motivazione le prove più difficili: certo, avevano paura, lo hanno anche detto. Però ritenevano di potersi fidare, e sono state premiate. Io stesso ho potuto prendere per loro decisioni difficili, sapendo che le avrei esposte a rischi e sofferenze; ma mi fidavo delle loro I farmaci e la chirurgia hanno fatto il resto, ma hanno agito su un terreno favorevolmente predisposto.

L'interesse che l'iniziativa ha suscitato mi induce a pensare che sia stata anche utile, e tanti me lo hanno confermato.

di Michele Zini - Dirigente Medico U.O. di Endocrinologia

Nell'ambito dei progetti di formazione trasversale, in accordo con le Organizzazioni Sindacali, è stato attivato il corso di riqualificazione per il personale ausiliario specializzato e commesso (in ruolo da almeno 6 mesi) per il passaggio dalla categoria A alla categoria B, in attuazione del CCNL.

Il corso della durata di 9 ore, ha visto in 4 edizioni, la partecipazione di circa 120 operatori che hanno dimostrato motivazione e interesse nell'apprendimento dei vari contenuti.



Sono stati previsti 3 moduli, di cui due a carattere generale uguale per tutti e uno specialistico in relazione alle unità operative/servizi di provenienza.

Il 1° modulo verteva sull'organizzazione ospedaliera, con particolare riferimento alla Direzione Aziendale e ai Dipartimenti.

Il 2° modulo riguardava la sicurezza in ospedale alla luce della Legge n° 626 del 1994

Il 3° modulo specialistico verteva principalmente sul comfort alberghiero e sulla comunicazione.

La IV edizione vedeva coinvolti anche operatori non udenti, per i quali è stato attivato il supporto di una interprete dei segni della lingua italiana che ha contribuito notevolmente nel coinvolgimento attivo di questi operatori.

Tutti i partecipanti hanno sostenuto alla fine del Corso un colloquio individuale con esito molto soddisfacente.

Infine, si è potuto rilevare che da parte di tutti vi è stato un grande apprezzamento di questa iniziativa, soprattutto per favorire l'informazione e quindi la partecipazione attiva degli operatori stessi, con l'auspicio che possano essere ripetute esperienze di informazione/formazione anche indipendentemente dai passaggi di categoria.

di Oriella Bianchini - Direzione Assistenza Infermieristica e Tecnica

Servizi on line: nuovi strumenti di comunicazione



Martedì 23 ottobre u.s. è stato presentato a tutti i professionisti dell'azienda il progetto "Arianna Line".

Nato in giugno dello scorso anno con l'intento di migliorare il processo di comunicazione interna all'azienda, tramite la rete intranet, ha poi visto un suo ulteriore sviluppo nella revisione del sito internet. Internet si è dimostrato l'alleato più importante almeno per due motivi: perchè è una tecnologia che sconvolge i processi di comunicazione tradizionalmente interpretati ed è egualitaria, realizza cioè l'universalità di accesso alle informazioni.

Nel corso della presentazione sono state illustrate le potenzialità di questi innovativi strumenti di comunicazione sia come semplici contenitori di informazioni (documenti, linee guida, ...) che come ambienti per applicativi dedicati (consultazione on line dei referti di laboratorio, moduli di richiesta di servizi). Il progetto è reso possibile grazie all'apporto del Comitato di Redazione (24 professionisti) di quanti hanno contribuito a vario titolo con osservazioni e suggerimenti. Offrono molti vantaggi:

- possibilità di utilizzare un sistema di informazione e comunicazione con pari opportunità per tutti gli utenti,
- la condivisione di conoscenze, moltiplicandone il valore per tutti,
- flessibilità ed interattività elevate,
- risparmio di tempo e di materiali nelle comunicazioni,
- diffusione immediata di documenti, novità, notizie utili, ecc.,
- semplificazione del lavoro.

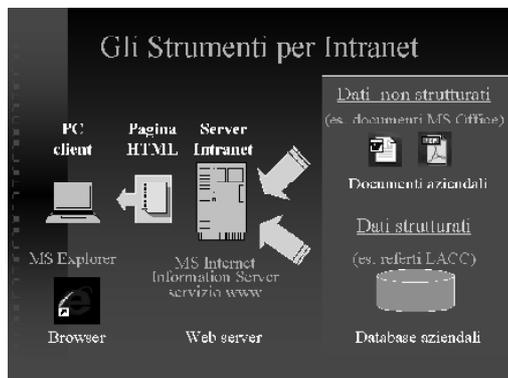
Riportiamo in sequenza le sintesi delle relazioni.

In che modo la rete migliora il nostro lavoro

(Gli strumenti - 1 ^ parte)

Sergio Bronzoni - *Direttore Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche*

La vera innovazione portata dal web è costituita dalla possibilità di usare, da parte dell'utente, un unico programma, il browser (in azienda usiamo Microsoft Explorer), per accedere a molteplici e diverse informazioni. Tutto questo in modo intuitivo ed interattivo. Con il browser possiamo visualizzare documenti non strutturati, che tutti noi possiamo produrre con gli strumenti che abbiamo sul ns. PC, ad es. file Word o PDF, così come è possibile accedere a dati strutturati, quindi contenuti nei database aziendali, ad es. i referti dei pazienti, senza dover conoscere il programma che normalmente usa chi utilizza quotidianamente quel database.

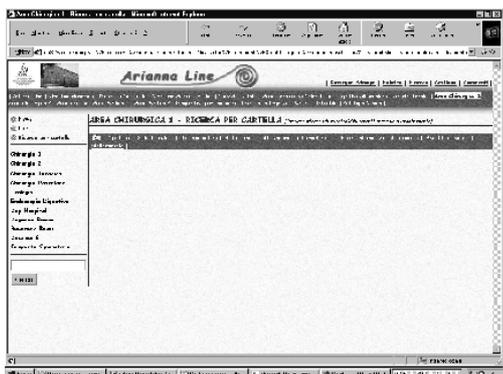


Intranet: come tuffarsi nel dipartimento e nell'U.O.

Orienna Malvoni - *Referente Comunicazione on line per il Dipartimento Chirurgico 1 ^*

Il Comitato di Redazione ha definito:

- la tipologia dei contenuti da pubblicare,
- una griglia base da sottoporre a UU.OO. e ai Dipartimenti per il popolamento delle pagine,
- una scheda "chi contattare per..." dove sono elencati i quesiti più richiesti all'U.O. e il professionista in grado di dare risposta a tali quesiti,
- ricerca per cartella, dove si può trovare il materiale relativo all'Accreditamento, formazione, modulistica



I dati clinici on line

Consultazione on line dei referti di:
 -U.O. Laboratorio di Analisi Chimico Cliniche
 -U.O. di Anatomia Patologica

È una consultazione, resa più rapida dall'utilizzo della rete informatica interna

Non sostituisce il referto cartaceo

I documenti sono pubblicati in sola lettura

I dati clinici on line

Luigi Serra - Referente Comunicazione on line per il Dipartimento di Patologia Clinica

Antonella Parisoli - Referente Assicurazione Qualità per il Laboratorio Analisi Chimico Cliniche

Mirco Pinotti - Referente Comunicazione on line per la Direzione Medica di Presidio
Marina Ferrari - Responsabile Segreteria Generale

In fase sperimentale è possibile la consultazione on line dei referti prodotti dal Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e dall'Anatomia Patologica. Il sistema non si pone come sostitutivo del referto cartaceo ma come strumento in grado di consentire al medico la visione in tempo reale dell'esito dell'esame. I vantaggi del sistema sono:

- rapidità: riduzione del tempo necessario per conoscere l'esito

- possibilità di accedere ai dati storici o pregressi
- riduzione del numero di richieste telefoniche e del tempo ad esse dedicato,
- possibilità di disporre di un supporto che può funzionare anche come archivio,
- possibilità di accedere al referto direttamente attraverso un link ipertestuale inserito in eventuali documenti elettronici (es. diari clinici computerizzati),
- possibilità di funzioni di "copia-incolla" del referto dal database centrale a documenti elettronici (es. diari clinici computerizzati).

Dal 01.01.2002, il medico potrà chiedere autorizzazione formale di accesso ai dati clinici on line al responsabile del trattamento produttore del dato.

L'atto della richiesta d'accesso contiene in sé il personale impegno sulla pertinenza degli accessi che verranno svolti con consapevolezza che gli accessi verranno registrati e sottoposti a controlli e verifiche periodiche.

Inoltre verrà raccolta "informativa" proposta al paziente al momento della raccolta del consenso.

Internet in medicina oggi

Michele Zini - Referente Comunicazione on line per l'Area Medica 1 ^

Le applicazioni di internet in medicina oggi sono:

- aggiornamento (Continuing Medical Education)
- reperimento info utili
- accreditamento e qualità clinica
- invio e scambio dati.

Tutto questo tramite la consultazione di Banche Dati (es. Pubmed), società scientifiche, ospedali, istituzioni governative.

Nella pratica medica quotidiana fondamentale è il metodo di lavoro proposto dall'EBM. Si tratta di un processo di autoapprendimento in cui l'assistenza del paziente stimola la ricerca di informazioni clinicamente rilevanti nella letteratura biomedica. In questo processo il medico converte il bisogno di informazioni in quesiti ben definiti, ricerca le migliori "evidenze" disponibili e, dopo averne valutato criticamente validità interna ed applicabilità clinica, le integra nelle proprie decisioni.

In che modo la rete migliora il nostro lavoro

(Lo sviluppo - 2 ^ parte)

Sergio Bronzoni - Direttore Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche

In generale un sito web deve il suo successo a:

- utilità dei servizi offerti,
- facilità di comunicazione,
- interattività.

L'obiettivo dello sviluppo sarà pertanto rendere accessibili (interattività) ai professionisti operanti in rete (facilità di comunicazione) le informazioni relative al paziente che stanno esaminando e le conoscenze necessarie per lavorare al meglio (utilità dei servizi offerti). Lo sviluppo dovrà essere in due direzioni:

- proseguire e sostenere l'opera di questi ultimi anni volta a disporre di sempre maggiore informazione in formato elettronico,
- proseguire la costruzione del Sistema Informatico Ospedaliero (SIO) centrato sul paziente mediante il quale ogni singola prestazione compiuta in ospedale possa essere registrata e successivamente messa a disposizione, con le tecnologie web, dell'intero sistema di cura.

Al termine dell'incontro la Dott.ssa Manghi ed il Dott. Trenti hanno evidenziato come la realizzazione dei siti Internet ed Intranet aziendali sia avvenuta grazie all'intervento e al contributo di molti professionisti ed hanno auspicato che questa proficua collaborazione prosegua e si rafforzi affinché questi strumenti diventino fondamentali per il nostro lavoro quotidiano. La direzione ha altresì confermato per il futuro l'impegno ed il supporto di questi ultimi anni al fine di perseguire l'innovazione tecnologica e dotare i professionisti di strumenti avanzati.

La qualità, il valore, il senso dei contenuti e degli scambi sono determinati dalle persone. Il "capitale umano" in rete, non un semplice investimento tecnologico ma la capacità strategica di unire idee, reti, conoscenze e costruire cultura.....

di Sergio Bronzoni - Direttore Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche

Lidia Scalabrini - Responsabile Progetto "Arianna Line"

La rete delle Cure palliative



A 1 - LE CURE PALLIATIVE DAL PUNTO DI VISTA DEGLI OPERATORI DEL TERRITORIO

Alla luce delle deliberazioni regionali sulle cure palliative occorre immaginare una rete di servizi incentrata sul Medico di Medicina Generale (MMG) col supporto del Servizio Infermieristico Distrettuale.

Personalmente immagino che dovrà esservi un forte impegno per evitare ogni incongruo accesso all'ospedale di qualsiasi ammalato che non abbia una acuzie in atto, ma abbia invece un progressivo incremento del livello di gravità intesa come "complessità": la "acuzie" richiede l'utilizzo di sofisticati, delicati strumenti tecnologici di diagnosi e di trattamento che si trovano solo in ospedale e che non è possibile trasportare a casa del malato; la "complessità" si compone di molti (numerosi) atti di assistenza e di terapia compiuti su un unico paziente, atti che considerati uno per uno sono tutti eseguibili a casa del paziente, ma che essendo numerosi e tra loro interconnessi richiedono un elevato livello di organizzazione.

Occorre sottolineare che esiste un livello primario di risposta o intervento primario.

Esso si compone classicamente di:

A-

ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) di Livello 2: assistenza domiciliare a media intensità sanitaria [responsabile del caso l'infermiere del Nucleo Operativo per l'Assistenza Domiciliare (NOAD); responsabile terapeutico il MMG]

Le caratteristiche fondamentali sono:

- presenza a domicilio del medico uni- o pluri-settimanale; assistenza infermieristica per uno o due accessi settimanali;
- beneficiari: anziani con polipatologie (per evitare ricoveri ripetuti); malati in dimissione protetta dall'ospedale, affetti da patologie polmonari cronico-ostruttive, malattie cerebrovascolari, malattie tumorali, ecc...

B-

ADI di Livello 3: assistenza domiciliare ad alta intensità sanitaria

[il MMG è sia "responsabile terapeutico" che "responsabile del caso"]

Le caratteristiche fondamentali sono:

- beneficiari: paz. con patologie evolutive irreversibili nella fase terminale della vita;
- più accessi alla settimana di tipo medico, infermieristico e di altre figure professionali;
- viene garantita la pronta disponibilità diurna medica e infermieristica;
- la consulenza specialistica [del Servizio Cure Palliative e/o di altri specialisti] è componente essenziale;
- è necessario uno specifico supporto psicologico per il malato e la sua famiglia;
- integrazione con gli interventi socioassistenziali che si rendessero necessari.

C-

L' hospice territoriale trova - sappiamo - il suo ruolo nell'ambito della gestione extraospedaliera (residenziale) dell'ammalato; ha anche un suo ruolo come centro di elaborazione e di diffusione di una cultura del "prendersi cura" (to care) dell'ammalato terminale. I criteri di selezione degli accessi per l'hospice territoriale "Madonna dell'Uliveto" di Montericco di Albinea sono già stati elaborati. L'hospice non rappresenta una "struttura intermedia" tra domiciliarità e ospedalizzazione e non costituisce una soluzione di livello "superiore" rispetto alla gestione domiciliare dal punto di vista della complessità del paziente, fino ad individuare i pazienti domiciliari "aventi diritto" all'hospice: sarebbe questa una strada pericolosa se consideriamo che l'ammalato terminale tende inevitabilmente ad aggravarsi rapidamente e che in hospice potrà non essere disponibile il posto-letto. L'hospice rappresenta invece e piuttosto una opzione "parallela" rispetto alla domiciliarità; vi saranno pazienti eligibili e già per questo "valutati" dalla apposita commissione, ma non inseriti in una vera e propria "lista d'attesa": essi continueranno ad essere gestiti in modo ottimale a domicilio e poi per uno di essi potrà un certo giorno arrivare la "chiamata" per l'hospice...

2 - LE CURE PALLIATIVE DAL PUNTO DI VISTA DEGLI OPERATORI DELL'OSPEDALE

Lo sviluppo organico del livello primario di risposta, privilegiabile ogni qualvolta sia possibile, è assolutamente necessario, ma non sufficiente per l'erogazione di risposte adeguate a tutti i livelli di bisogni.

Il Piano sanitario regionale prevede l'ampliamento dell'offerta dei servizi specialistici di cure palliative tramite la realizzazione di un secondo livello di intervento che integri e completi la rete territoriale dei servizi: tale livello è incentrato sul cosiddetto Servizio di Cure Palliative (SCP). A questo proposito è necessario che tale servizio si raccordi con i livelli assistenziali primari (ROAD, MMG).

Ci sono degli specialisti di riferimento, che in passato, nella storia clinica di quel singolo paziente, hanno effettuato o stanno ancora, al presente, effettuando trattamenti o interventi su di lui: penso che il riferimento ad essi debba sempre essere preso in considerazione; se lo specialista ritiene che ancora l'ammalato sia di sua competenza allora non ci sono né dubbi né opzioni alternative proponibili. Il Servizio Cure Palliative (SCP) non intende porsi come servizio "specialistico" nel senso - quantomeno - dell'organo o dell'apparato coinvolto nella malattia; i pazienti del SCP sono invece caratterizzati dal punto di vista clinico dalla condizione di "insufficienza multi-organo".

Visto che la nostra realtà sanitaria reggiana è caratterizzata dalla presenza, oltre all'Azienda USL, di una Azienda Ospedaliera, si deve concepire un SCP che abbia le sue radici all'interno dell'ospedale, con i suoi operatori che conoscono e praticano tutti gli aspetti (clinici, tecnici) propri della medicina interna ospedaliera; ma tale SCP dovrà svolgere la gran parte del lavoro al di fuori dell'ospedale nella dimensione "domiciliare".

Quattro sono i caratteri organizzativi fondamentali di un Servizio Cure Palliative (SCP):

A) Esso dovrà essere a disposizione, almeno per il distretto di Reggio, per consulenze sull'ammalato in ADI: consulenze di tipo "puntuale" per una messa a punto clinica. Si tratterà dunque di interventi "occasionalmente" o di risposta "rapida" ad un bisogno del momento... Tali consulenze potranno avvenire:

- sotto forma di prestazione ambulatoriale intraospedaliera,
- sotto forma di accesso domiciliare.

B) Esso dovrà essere a disposizione per una forma di coinvolgimento maggiore in cui si concorre "insieme" (con Infermiere e Medico di Medicina Generale, restando quest'ultimo il responsabile del caso) per una ridefinizione del bisogno assistenziale e quindi per la definizione del piano terapeutico (PAI) più adeguato e per

la valutazione della sua sostenibilità familiare.

In conclusione: si tratta di vedere tutti insieme l'ammalato e la sua famiglia, prima di deciderne il ricovero e di cercare insieme le condizioni per continuare la gestione del paziente al suo domicilio sotto la forma di un'ADI di III° livello compartecipata con il SCP.

In questo gruppo di prestazioni ad alto livello d'integrazione dobbiamo inserire anche le consulenze, i colloqui e le sedute delle figure professionali non mediche (ma previste nel SCP) quali lo psicologo, il fisioterapista, l'assistente sociale.

C) Un ridotto numero di pazienti presenta una patologia complessa in rapida evoluzione, che richiede interventi polispecialistici effettuabili anche a domicilio ma dall'equipe ospedaliera specialistica; tale équipe ha in carico il paziente e assicura la continuità di cure con tutte le modalità necessarie nelle varie fasi del rapido evolversi della malattia, sia in ambiente ospedaliero che residenziale che domiciliare. Questa modalità assistenziale, che prende il nome di ospedalizzazione domiciliare, è inserita a tutti gli effetti nell'ambito dell'assistenza ospedaliera.

D) E' previsto anche il Day Hospital per gli esami che servono all'aggiornamento diagnostico e per manovre terapeutiche non possibili a domicilio (ad esempio ogni volta che vi sia bisogno di un ecografo o di altro strumento sofisticato).

In **conclusione** è chiaro che ci attende molto lavoro se vorremo raggiungere un livello soddisfacente di organizzazione della rete delle cure palliative nella nostra città (intesa come territorio ed ospedale); la difficoltà e la novità risiedono nel fatto che più ancora che strutture e disponibilità tecniche e finanziarie, pur necessarie, vi sarà bisogno di sviluppare un modo più integrato e compartecipato di lavoro tra operatori non ancora pienamente abituati a collaborare. Penso ad esempio ad un Servizio di Cure Palliative che, pur recandosi con i suoi operatori al domicilio dei pazienti, non toglie tuttavia al Medico di Medicina Generale il suo ruolo centrale di "Responsabile del caso". Penso ad un Servizio di Cure Palliative che non si sostituisce in nulla agli specialisti (Oncologi, Pneumologi, ecc...) che fino a quel punto hanno curato o tentato la cura (to cure) del paziente secondo i criteri della Evidence Based Medicine, ma che piuttosto si affianca ad un certo punto ad essi in un'ottica di non-abbandono e di accompagnamento del paziente e della sua famiglia (to care) fino all'avvenimento della morte ed oltre la morte stessa (per la prevenzione del lutto patologico).



di Sergio Maccari

Responsabile Lungodegenza, Postacuzie e Riabilitazione Intensiva

Rischio antrace

Operativa la procedura aziendale per la gestione del rischio antrace

A seguito dei noti eventi internazionali che vedono gli Stati Uniti impegnati a fronteggiare al loro interno le conseguenze del bioterrorismo, i paesi occidentali hanno adottato misure precauzionali al fine di prevenire e gestire potenziali situazioni di pericolo per la salute pubblica, tra cui il cosiddetto "rischio antrace".

A tal proposito preme sottolineare che, allo stato attuale, non si sono verificati né in Italia né nel resto d'Europa casi di infezioni contratte a seguito dell'esposizione a ma-

teriale sospetto.

Sulla base delle indicazioni date alle Aziende Sanitarie dal Ministero della Salute e dall'Assessorato alla Sanità regionale, la Direzione Sanitaria ha reso operativa una specifica procedura interna per la gestione di eventuali segnalazioni di potenziale rischio biologico da *Bacillus Anthracis*, predisposta in collaborazione con i Responsabili della Centrale Operativa 118, del Pronto Soccorso e del reparto di Malattie Infettive.

La procedura, che viene attivata nel caso in cui siano inviate o si presentino al nostro Ospedale persone venute a contatto con materiale sospetto, prevede l'attuazione di una serie di misure precauzionali a tutela dei cittadini e degli operatori sanitari, secondo modalità organizzative che prevedono l'attivazione delle Forze dell'Ordine e del Servizio Igiene Pubblica da parte della Centrale Operativa 118.

Si rammenta che il Ministero della Salute ha reso operativo dal 15 ottobre u.s. un numero verde (800 571661) che può essere utilizzato dai cittadini per ottenere informazioni relative ad eventi inattesi che possono configurare rischi per la salute, e che anche il Servizio Prevenzione Collettiva della Regione Emilia-Romagna ha attivato un numero telefonico (051-283155) al quale la popolazione può chiedere informazioni e consigli.

di Luca Sircana - Direttore Direzione Medica di Presidio

Cosa pensano gli operatori sul fumo in ospedale

Nell'ottobre dello scorso anno i referenti aziendali del progetto "Ospedale senza fumo" hanno distribuito questionari agli operatori delle Unità Operative/Servizi di appartenenza per la rilevazione dell'abitudine al fumo del personale dipendente.

Di seguito si presentano i risultati più significativi dell'indagine.

Il 64% degli operatori interpellati ha restituito il questionario compilato. Tenendo conto dell'alta percentuale di non risposta (36%) e stimando elevato il numero di fumatori che non ha risposto al questionario, l'abitudine al fumo tra gli operatori si distribuisce nel modo seguente:



E' da notare che il 30% di fumatori tra gli operatori è un valore superiore al dato medio nazionale (26%) calcolato sulla popolazione generale.

Inoltre, dall'analisi dello stesso questionario è emerso che:

- a.** Fumatori e non fumatori, all'unanimità, ritengono importante che gli operatori non fumino di fronte ai pazienti;
- b.** L'86% dei fumatori ritiene importante non fumare in presenza dei colleghi non fumatori.

Da questi risultati emerge la necessità di proseguire con determinazione la campagna contro il tabagismo in ospedale, al fine di ottenere in tempi brevi il rispetto del divieto di fumo da parte di tutti coloro che vi lavorano.

di Davide Panella - Dirigente Medico Direzione Medica di Presidio

Roberto Toffanetti - Dirigente Medico U.O. di Pneumologia

Debora Formisano - Ufficio Sviluppo Organizzativo



Il punto che informa

Gli operatori dell'Ufficio Informazioni/Relazioni con il Pubblico, in accordo con i Caposala ed i Capotecnici delle Unità Operative hanno provveduto al controllo e al riordino periodico dei Punti Informativi posti all'ingresso di ogni reparto arricchendoli con diversi strumenti informativi aziendali o predisposti da campagne regionali.

In particolare l'edizione aggiornata della "Guida ai percorsi ambulatoriali" per le attività specialistiche dell'Arcispedale S. Maria Nuova, la locandina "Quanto si deve aspettare per una visita o un esame?", realizzata su proposta del Comitato Consultivo Misto dell'Arcispedale S. Maria Nuova per informare i cittadini sui diversi livelli di priorità delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, la Carta dei Valori e degli Impegni, l'opuscolo della campagna regionale sui Farmaci Generici, opuscoli sui codici colore.

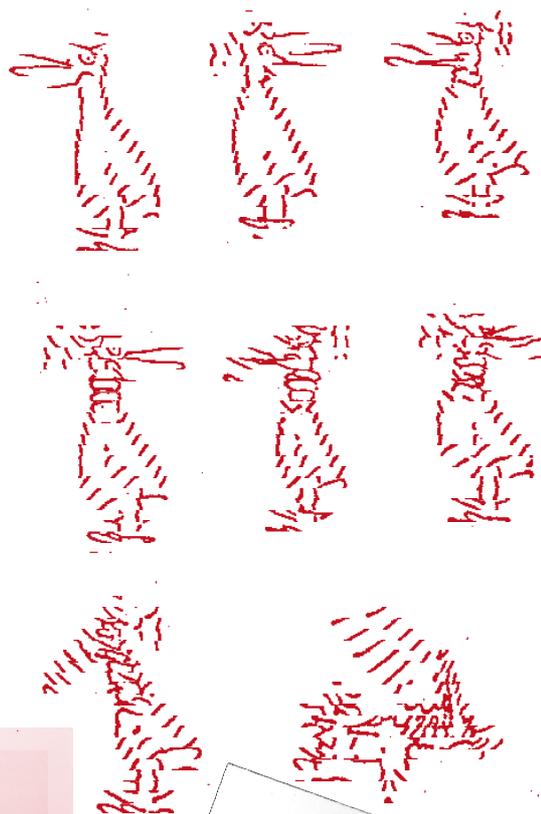
Lo scopo di questi strumenti è informativo, la diffusione è prevista all'interno e all'esterno dell'Ospedale (studi dei Medici, dei Pediatri e degli Odontoiatri, sportelli d'accesso ai servizi sanitari, Associazioni di volontariato).

I Caposala ed i Capotecnici di reparto, ai quali vanno tutti i nostri ringraziamenti per la costante collaborazione, restano il riferimento per ogni variazione delle informazioni contenute nei Protocolli d'accoglienza esposti nei Punti Informativi.

Sono graditi suggerimenti e proposte per migliorare l'informazione dei servizi sanitari dell'Ospedale. L'Uff. Informazioni/Relazioni con il Pubblico dell'Ospedale è a disposizione per raccogliere i contributi di tutti (tel. 296677- fax 296080 - e-mail:informazioni@asmn.re.it).

di Maria Lodovica Fratti
 Responsabile
 Ufficio Relazioni con il Pubblico

Non è necessario
 "sapere tutto".
 Basta sapere come
 trovare le informazioni.



Progetti presentati a: Premio Alesini 100 progetti al servizio del cittadino URP in viaggio

**Cento Progetti
al Servizio dei Cittadini
promosso dal Dipartimento
della Funzione Pubblica**



PROGETTO LIU': UN PERCORSO DI SALUTE PER TUTTI (Resp. Monica Guberti)
L'ACCREDITAMENTO COME OPPORTUNITÀ PER COSTRUIRE UN SISTEMA DI GARANZIA PER I CITTADINI (SISTEMA QUALITÀ) (Resp. Maria Ravelli)
RISTRUTTURAZIONE DELLE STANZE DI TERAPIA RADIOMETABOLICA DELLA U.O. DI MEDICINA NUCLEARE (Resp. Diana Salvo)
SVILUPPO DI UN PROGETTO DI GOVERNO CLINICO (Resp. Mirco Pinotti)
CARTA DEI VALORI E DEGLI IMPEGNI (Resp. Barbara Curcio Rubertini)
LA CONSULENZA INFERMIERISTICA (Resp. Oriella Bianchini)
CORSO DI FORMAZIONE PER INFERMIERI GUIDA DI TIROCINIO (Resp. Giovanna Artioli)
MIGLIORAMENTO DEL PROCESSO DI PIANIFICAZIONE, GESTIONE VALUTAZIONE DELLA FORMAZIONE A LIVELLO AZIENDALE E DIPARTIMENTALE (Resp. Marzia Prandi)
ARIANNA LINE (Resp. Lidia Scalabrini)

5° Premio Alesini promosso da Cittadinanzattiva – Tribunale per i diritti del malato



PROGETTO LIU': UN PERCORSO DI SALUTE PER TUTTI (Resp. Monica Guberti - Barbara Curcio Rubertini)
SISTEMA QUALITA' AZIENDALE E PARTECIPAZIONE DEI PROFESSIONISTI (Resp. Maria Ravelli - Luca Sircana)
ARIANNA LINE (Resp. Lidia Scalabrini - Sergio Bronzoni)
RISTRUTTURAZIONE DELLE STANZE DI TERAPIA RADIOMETABOLICA DELLA U.O. DI MEDICINA NUCLEARE (Resp. Diana Salvo)
CLINICAL EFFECTIVENESS UNIT UN PERCORSO PER IL GOVERNO CLINICO NELL'ASMN (Resp. Mirco Pinotti)
LA CARTA DEI VALORI E DEGLI IMPEGNI DELL'ASMN (Resp. Barbara Curcio Rubertini)
LA CONSULENZA INFERMIERISTICA (Resp. Oriella Bianchini)

1^ edizione del Premio URP in viaggio - Promosso dalla regione Emilia Romagna in collaborazione con FERPI, Gruppo Unica e Centro Studio e Lavoro "La Cremeria"



QUALITA' DELL'ASCOLTO DEL CITTADINO/UTENTE E PROMOZIONE DELL'UTILIZZO STRATEGICO DEI RECLAMI (Resp. M. LodovicaFratti)

E' possibile consultare i testi dei progetti in intranet alla pagina <http://intranet/ServiziStaff/USO/Progetti.htm>

NUOVE NOMINE

Il Direttore Generale ha attribuito l'incarico quinquennale di Dirigente Medico – Direttore della disciplina di Ostetricia e Ginecologia presso l'Unità Operativa di Ostetricia Ginecologia, Endoscopia Ginecologica, Medicina della Riproduzione al Dott. Giovanni Battista La Sala.

Il Direttore Generale ha attribuito l'incarico quinquennale di Dirigente Medico – Direttore della disciplina di Radiodiagnostica presso l'Unità Operativa di 1^ Radiologia al Dott. Franco Nicoli. Inoltre al Dott. Franco Nicoli è stato conferito l'incarico di Direttore del Dipartimento aziendale "Diagnostica per immagini".

SPETTATORE...NO, GRAZIE

“ La rabbia e l'odio sono come l'amo di un pescatore: è fondamentale assicurarsi di non essere presi al suo gancio ”

Tenzin Gyatso – Dalai Lama – Premio Nobel per la Pace 1989

Spettacolo, intrattenimento, tragico copione con colonna sonora di musica tecno. Immagini di una realtà pilotata e travestita per ottenere l'effetto scoop garantito dalla tragedia.

Mi sento impaurita ed angosciata di fronte alla “verità del dolore”.

La guerra è altro da noi ? E' davvero una rappresentazione che scompare quando lo schermo televisivo si spegne ? E' davvero un “ peccato ” commesso da altri? E' davvero frutto del forte contrasto fra chi ha ragione e chi no? E' davvero una punizione che colpisce i cattivi e fortifica i buoni nella loro missione compassionevole ? E' davvero la strada per arginare la violenza ?

Ho la tentazione di considerare questa sofferenza del tutto innaturale, e questo riduce la percezione della realtà, a ciò che è contenuto nel piccolo orticello in cui vivo. Il pensiero si riduce al particolare per difendersi dalla portata degli eventi.

La guerra è una malattia contagiosa.

Questa consapevolezza allarga la percezione della realtà e lascia agire l'effetto boomerang.

La guerra è una malattia contagiosa da cui non sono immune.

La grande guerra amplifica le piccole guerre del quotidiano che predispongono gli animi alla contrapposizione ed alla prevaricazione.

Sento uno stop.

Per guarire o non farsi contagiare e' urgente cambiare la direzione dello sguardo e la traiettoria dell'azione.

Spettacolo esteriore.....no, grazie.

Riconosco le mie responsabilità personali nella scelta di che cosa è veramente importante, nel riconoscere quando i miei comportamenti causano sofferenza ad altri esseri umani, nel sentire la sofferenza mia e degli altri come una manifestazione della condizione umana da cui è possibile liberarsi attraverso la pratica della benevolenza, nel mantenere una mente duttile, sensibile alla consapevolezza della transitorietà e della impermanenza di tutto ciò che percepisco come vero e reale.

Desidero continuare a sentire che la guerra esteriore, in qualunque parte della terra si stia manifestando, rappresenta una parte di me che non è ancora guarita.

Desidero continuare a sentire la gioia che accompagna la pratica della pazienza e della solidarietà, nella quotidianità dei gesti e degli incontri, nei luoghi della mia vita.

Marzia Prandi