n.5/6

Notizie

Arcispedale Santa Maria



Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

Arcispedale S. Maria Nuova

Registrazione del Tribunale di Reggio Emilia n. 940 del 11/02/97 Anno XI • 2005 •









Melagrana





In ricordo di Tiziana Molteni PROGETTO "RIABILITAZIONE

Cure leggère, lèggere cura!

PAZIENTI E I FAMILIARI PARTIMENTI CHIRURGICI Il maschile in Oncologia:

Buone Feste e IRRADIATOREFelice Anno Nuovo PER EMODERIVATI

A FORMAZIONE CREA CAPITALE CADUTE ACCIDENTALI: risk management in azione

SOMMARIO

- 3 Biblioteca Medica Cure leggère, lèggere cura!
- 5 Dipartimento Chirurgico II
 La sindrome del Tunnel Carpale
- 7 Direzione Infermieristica, Tecnica ed Ostetrica
 Cadute accidentali:
 risk management in azione
- 8 Direzione Infermieristica, Tecnica ed Ostetrica La formazione crea capitale

Servizio Formazione, Innovazione Clinica e Biblioteca

- 10 Miglioramento della comunicazione con i pazienti e i familiari nei dipartimenti chirurgici
- 12 Dipartimento Materno Infantile
 Dipartimento Patologia Clinica
 "UN PATTO DI SANGUE"...
 Neonatologia, Nido, e Laboratori si incontrano
- 15 Dipartimento Medico l In ricordo di Tiziana Molteni
- 16 Dipartimento Medico II
 Associazione "La Melagrana"
 Progetto "Riabilitazione"
- 17 La voce delle Associazioni
 Il maschile in Oncologia: ricerca su casistica
- 18 La voce delle Associazioni
 Irradiatore per emoderivati
- 20 Dipartimento Emergenza Urgenza
 Missione umanitaria in Pakistan
- 24 Auguri di Buone Feste

1995-2005 Dieci anni.... da conoscere



coinvolto i professionisti appartenent alla Direzione Infermieristica, Tecnica a Ostetrica dal 1995 a dicembre 2004, pub blicate su "NOTIZIE" - Periodice Aziendale d'Informazione dell'Arcispedale S. Marie Nuova

Per richiedere il cd: prandi.marzia@asmn.re.it Per consultare le pubblicazioni: http://www.asmn.re.it/Servizi/ DirezioneInfermieristica/cd.htm

NOTIZIE

PERIODICO BIMESTRALE DELL'ARCISPEDALE S. MARIA NUOVA DI REGGIO EMILIA

REG. TRIB. DI REGGIO E. N. 940 DEL 11/02/97

ANNO XI - 2005 - N. 5/6

"Poste Italiane s.p.a. - Spedizioni in abbonamento postale - 70% - DBC Reggio Emilia"

DIRETTORE RESPONSABILE

Lidia Scalabrini

COMITATO DI REDAZIONE

Sergio Bronzoni / Servizio Tecnologie Informatiche Claudia Cagossi / Dip. Area Chirurgica 2 Sonia Ceccarelli / Servizio Logistico Alberghiero Teresa Coppola / Comitato Etico Lidia Fares / Servizio di Farmacia Lorenzo Fioroni / Dip. Amministrativo Cristina Fontanesi / Dip. Onco-Ematologico Giovanni Guatelli / Servizio Prevenzione e Protezione Monica Guberti / Direzione Infermieristica, Tecnica ed Ostetrica Rita Iori / Biblioteca Medica Cristiana Magnani / Dip. Matermo Infantile Massimo Magnani / Servizio Attività Tecniche Massimo Pantaleoni / Dip. Area Critica Vando Piccagli / Area Tecnologica Scientifica Stefano Rivi / Area Comunicazione Aziendale Luigi Rizzo / Direzione Sanitaria Maria Ravelli / Autorizzazione/Accreditamento Guglielmo Rossi / Dip. Area Medica 2 Lidia Scalabrini / Responsabile "Arianna Line" Luigi Vecchia / Dip. Patologia Clinica Michele Zini / Dip. Area Medica 1 Giulio Zuccoli / Dip. Diagnostica per Immagini

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Area Comunicazione Aziendale Via L. Sani, 15 - 42100 Reggio Emilia Tel. 0522 296836/296806 - Fax 0522 296843 E-mail: ufficio.comunicazione@asmn.re.it

GRAFICA E STAMPA

Nerocolore · Correggio (RE)



Cure leggère, lèggere cura!



Il giorno 8 novembre, alla presenza del Direttore Generale, Dr. Ivan Trenti e del Direttore Sanitario Dr.ssa Iva Manghi è stato presentato alla cittadinanza il progetto: "Biblioteca per pazienti", un'iniziativa della Biblioteca Medica dell'Arcispedale Santa Maria Nuova divenuta progetto aziendale.

Il progetto Biblioteca per Pazienti è composto da due servizi, destinati l'uno a migliorare la qualità dell'assistenza tramite l'informazione e l'altro a umanizzare la permanenza dei pazienti durante il ricovero in ospedale. I due servizi sono:

Il Punto di Informazione per Pazienti e Familiari

la biblioteca di svago "Cure leggère, lèggere cura!"

Il Punto di Informazione per Pazienti e Familiari è uno spazio educativo e informativo in cui è possibile richiedere materiale informativo di qualità sulle malattie e sulla loro gestione da parte dei pazienti e dei loro famigliari.

Personale adeguatamente preparato, sia sul versante della comunicazione che su quello documentario, a seguito di un incontro/dialogo, fornisce al paziente le informazioni richieste solo se già disponibili sulle Banche Dati validate rivolte ai pazienti e ai cittadini, contenenti cioè informazioni di riconosciuta qualità.

Il Punto Informativo ha due sedi:

(1) al 1° piano dell'ASMN, a fianco dell'URP Orario:

Martedì e Giovedì ore 10.00-13.00 Tel. 0522 295985

E-mail: InfoPazienti@asmn.re.it



(2) presso il Day Hospital del Servizio di Oncologia. Orario:

Lunedì

ore 10.00-13.00

E-mail: InfoPazienti@asmn.re.it



Cure leggère, lèggere cura!

Cure leggère, lèggere cura, ideato come Biblioteca di Svago è l'altro servizio del progetto Biblioteca per Pazienti. Esso, grazie alla presenza di 5 Volontari del Servizio Civile, si propone di:

- Creare un ambiente di soggiorno confortevole con l'offerta di un momento di relazione culturale attraverso la lettura di brani, poesie, racconti. Il momento della lettura è seguito da una riflessione effettuata insieme ai lettori adeguatamente preparati.
- Offrire la possibilità ai singoli pazienti di leggere un testo a loro scelta.

Il progetto "Cure Leggère, Lèggere Cura", ha quindi, come idea base, la lettura ad alta voce, un'attività capace di procurare sollievo e benessere e, nel contempo, promuove la riflessione su di sè e gli altri, favorendo la socializzazione.

Tale progetto prevede:

- la realizzazione di menu letterari (per l'ascolto di uno o più testi letterari),
- la realizzazione di una mostra di parole (brevi citazioni d'autore da appendere nelle sale d'attesa e negli spazi comuni),
- la realizzazione di parole in pillole (brevi citazioni d'autore da mettere a disposizione dei pazienti al momento del tè pomeridiano),
- la realizzazione di un servizio di prestito di libri al letto del paziente.

I libri, messi a disposizione grazie alla collaborazione con la **Biblioteca Comunale A. Panizzi**, verranno collocati su due appositi carrelli, donati dall'Associazione Vittorio Lodini, e portati nelle stanze di degenza dai volontari che li proporranno ai degenti.

Queste attività prevedono che i volontari del Servizio Civile vengano preparati alla lettura e forniti di una serie di testi da leggere, preventivamente scelti da una direzione didattica.

I Volontari del Servizio Civile aderenti al progetto per l'anno 2005/2006 sono: Valeria Bonini Francesca Caffarri

Riccardo Castagnetti Simone Cocchi

Gloria Lombardo

La consulenza e la formazione dei volontari è curata dal prof. Giuseppe Caliceti, responsabile di /Bao'bab/



"Spazio Giovani Scritture", il servizio del comune di Reggio Emilia dedicato a docenti e studenti interessati alla lettura e alla scrittura.



I reparti, attualmente coinvolti con un "angolo di soggiorno per la lettura" sono:

Medicina 3°, Dipartimento Medico I Pneumologia, Dipartimento Medico II

Day Hospital Oncologico, Dipartimento Oncoematologico.

Rita Iori – Responsabile Biblioteca Medica Elena Cervi – Biblioteca Medica

La Sindrome del Tunnel Carpale

La Sindrome del Tunnel Carpale (STC) è una patologia dovuta alla presenza di una compressione del nervo Mediano a livello del canale carpale del polso con sintomi caratterizzati da dolore e parestesie ai polpastrelli delle prime 3 dita della mano e, nelle forme gravi ed avanzate, dalla diminuzione di forza del pollice nel prendere gli oggetti, tanto che i pazienti spesso dicono che: "gli oggetti cadono di mano".



Generalmente la STC colpisce entrambe le mani anche se in maniera asimmetrica; predilige le donne per motivi ormonali e i lavoratori di certe categorie (sarti, verniciatori, meccanici, ecc.) per l'uso intenso che viene fatto delle mani.

La STC può comparire anche in gravidanza ed è legata agli effetti degli ormoni femminili e alla ritenzione di liquidi tanto che spesso i sintomi regrediscono dopo il parto.

Le cause sono varie e tra le più frequenti possiamo citare:

- ristrettezza congenita del canale carpale,
- ipertrofia delle guaine dei tendini flessori,

- artrosinovite del polso,
- cisti del canale carpale,
- esiti di fratture del polso,
- tenosinoviti dei flessori cisti articolari e tendinee,
- tumori ed infezioni,
- artrite reumatoide,
- gotta,
- diabete mellito,
- insufficienza renale cronica.
- ipotiroidismo,
- amiloidosi,
- acromegalia,
- gravidanza e menopausa.

Sintomi

Le parestesie rappresentano il sintomo più precoce e possono essere dolorose; si localizzano alle prime tre dita (occasionalmente al 4° dito, MAI al 5° dito), anche se il paziente riferisce spesso di sentire tutta la mano addormentata. Compaiono in prevalenza nelle ore notturne o durante attività lavorative (cucito, uso di strumenti vibranti, ecc.) e possono irradiarsi fino alla spalla.

La riduzione di sensibilità interessa le stesse aree delle parestesie, in particolare i polpastrelli.

Nei casi più gravi ci può essere difficoltà a prendere e tenere gli oggetti (per es. gli aghi) oppure ad abbottonarsi gli abiti.

I sintomi motori riguardano alcuni muscoli dell'eminenza

La Sindrome del Tunnel Carpale



tenare, che permettono il movimento del pollice e, quindi l'uso complessivo della mano.

Diagnosi

La diagnosi viene posta in base ai dati clinici confermati da un'esame EMG (elettromiografico). I test clinici (test di Tinel e di Phalen) possono essere difficili da interpretare per la concomitanza di altre patologie (ad es. cervicobrachialgie, ecc.) per cui è sempre meglio porre l'indicazione chirurgica dopo la conferma con esami strumentali.

La STC viene classificata in sei livelli di gravità in base alla entità dei sintomi sensitivi e motori.

Terapia della sindrome del tunnel carpale

La terapia della STC può essere conservativa o chirurgica. Il trattamento conservativo è da tentare se non ci sono deficit della forza o della sensibilità o severe anomalie all'esame FMG

A) Terapia conservativa

- Ultrasuoni, ionoforesi, laser: possono migliorare i sintomi, ma non agiscono sulla causa;
- farmaci antinfiammatori non steroidei e steroidei: hanno efficacia scarsa o limitata nel tempo;
- infiltrazioni: efficaci sui sintomi, ma con rischi di danni a carico del nervo:
- tutori per il polso: a volte efficaci ma non sempre ben tollerati.

B) Terapia chirurgica

Terapia chirurgica. L'intervento prevede la sezione del legamento trasverso del carpo, che riduce lo spazio a disposizione del nervo mediano e dei tendini flessori che attraversano insieme il tunnel carpale. La metodica più

efficace è la mini incisione al palmo della mano; è una tecnica chirurgica mini-invasiva da noi effettuata in regime di day-hospital, che consiste in una piccola incisione (della lunghezza tra 1 cm e 2 cm) attraverso la quale viene aperto il legamento trasverso del carpo per tutta la sua lunghezza decomprimendo quindi il nervo mediano. La tecnica artroscopica non ha dato in questo campo i risultati migliori in quanto a fronte di maggiori rischi di complicanze non si ottiene un recupero più rapido.



La durata dell'operazione non supera in genere i 10 minuti. Non è richiesta una immobilizzazione della mano, la cui motilità invece va incoraggiata dopo l'intervento. Con tale intervento il paziente rapidamente recupera la funzionalità della mano e può tornare in breve tempo alla sua attività lavorativa.

I risultati dei pazienti trattati sono generalmente ottimi. Le complicanze sono possibili, ma nella maggior parte dei casi si limitano ad un dolore locale che diminuisce col passar del tempo.

In conclusione la STC è una malattia invalidante che interessa l'arto superiore, la cui prognosi è ottima sia per la scomparsa dei disturbi della sensibilità che per la ripresa completa dei movimenti della mano, se il paziente viene sottoposto precocemente all'intervento chirurgico.

L'intervento di decompressione del nervo Mediano è eseguito dai medici dell'Ambulatorio di Chirurgia della Mano (U.O. Ortopedia e Traumatologia):

- Dott. Carlo Cordella
- Dott. Roberto Lorenzelli
- Dott. Sandro Reverberi

Dott. Carlo Cordella Ortopedia



CADUTE ACCIDENTALI: risk management in azione

"Vedere per prevedere, prevedere per provvedere" August Comte

Nel mese di ottobre 2005 si è completato il percorso di formazione sul tema "Cadute accidentali in ospedale". Sono stati coinvolti circa 50 operatori di diverse professioni, appartenenti alle strutture organizzative ove il rischio di caduta accidentale è più elevato.

La caduta accidentale è un evento serio, che può compromettere o peggiorare la qualità di vita del paziente, riducendone la motilità ed aumentando il suo grado di dipendenza. Inoltre è un evento che determina un aumento dei costi durante il ricovero, sia per il prolungarsi della degenza, che per la necessità di ulteriori procedure diagnostico-terapeutiche. Infine le problematiche di tipo etico, e talvolta giuridico, che toccano il personale coinvolto.

Non è certo possibile ridurre la complessità di questo fenomeno, ma si possono analizzare i fattori che consentono di monitorarlo e di prevenirlo.

Il primo passo: la formazione.



E' stata realizzata una formazione proattiva che ha permesso di mettere in relazione i dati epidemiologici, i dati della letteratura, i fattori di rischio, con gli strumenti per la valutazione del rischio e le raccomandazioni per la prevenzione delle cadute.

Il percorso formativo è stato condotto da Barbara Veterani, appartenente all'Area Governo Assistenziale Risk Management dell'Ausl di Cesena.

L'esperienza dei partecipanti e i casi sottoposti alla di-



scussione, hanno permesso di contestualizzare il fenomeno nella nostra realtà, cogliendo così le possibilità di lavoro futuro.



Il secondo passo: l'implementazione di un percorso che consenta di arrivare alle definizione di linee guida aziendali per la prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale.

Un percorso che richiede una visione e un impegno multidisciplinare, che si concretizzerà con la definizione di un gruppo multiprofessionale di operatori che definirà



obiettivi, modalità, strumenti e tempi per arrivare a quanto di concreto consentirà di limitare questo evento avverso.

Marzia Prandi Direzione Infermieristica, Tecnica e Ostetrica

LA FORMAZIONE CREA CAPITALE

"La competenza è qualcosa di unico e tipico dell'individuo che si inquadra nei processi di professionalizzazione dominati dall'incertezza e dal venire meno di riferimenti stabili dei ruoli e delle funzioni. La competenza è il "saper agire" connesso ad un "saper giudicare" che un professionista deve mettere in atto per gestire una situazione professionale complessa, al di là di quanto prescritto"

Le Boterf (1997)

Il binomio formazione e competenza è stato uno dei temi centrali dell'incontro con la Rete aziendale della Formazione dell'Area Infermieristica, Tecnica e Ostetrica che si è tenuto nel mese di ottobre 2005.

Tanto più la formazione è guidata da questo binomio, tanto meno la si considera come un "dovere" istituzionale o una corsa all'acquisizione dei crediti formativi o "punti", come il gergo attuale li definisce.

E' un'attenzione questa che va sempre rinnovata e che richiede metodo e costanza nell'essere sostenuta e diffusa.

Un altro binomio, formazione e sviluppo professionale, ha avuto largo spazio nel confronto fra modelli teorici ed esperienza dei professionisti, nell'ottica dell'investimento personale e organizzativo che la formazione richiede. Il lavoro oggi richiede la capacità di costruire nuovi approcci che permettano alle persone di riconoscere il valore dell'integrazione di diversi saperi, finalizzati alla realizzazione di attività che consentano al professionista

di sentirsi adeguato alla situazione.



Le risorse umane sono un patrimonio che va sviluppato e ciò crea la prospettiva del management delle competenze, a partire dalla identificazione delle competenze distintive di ciascuna organizzazione con i relativi processi e funzioni. Nello stesso tempo la cosiddetta "era della conoscenza" che caratterizza l'oggi, richiede l'attivazione e il riconoscimento di competenze trasversali come quelle della flessibilità, dell'"apprendere ad apprendere", del "comunicare competenze".

La formazione dei professionisti acquisisce sempre di più il carattere della riflessività, dall'implicito all'esplicito, dal tacito al formale, in modo che il patrimonio di conoscen-

ze e competenze presente nell'individuo e nell'organizzazione, diventi davvero accessibile e trasferibile.



La formazione crea capitale, un capitale di competenze tacite (motivazioni e valori) e competenze esplicite (attività) che va sviluppato e investito.

La consapevolezza di questo capitale lo rende disponibile anche come competenza esportabile all'esterno dell'Azienda.



La formazione come rete di connessione fra saperi professionali, contesti organizzativi e ruoli.

Qui si giocano nello specifico le funzioni dei Referenti dipartimentali della Formazione e degli animatori di formazione. Funzioni in continuo divenire che richiedono l'esplicitazione delle relative competenze e delle inter-



facce di funzione; elaborazione da sviluppare nel corso del prossimo anno.

Per tutti l'appuntamento è il Piano di Formazione 2006-2007.

Hanno condotto l'incontro:

Marzia Prandi,

Chiara Beggi,

Alessia Salsi.

Il materiale didattico fornito durante l'incontro è disponibile in Intranet: ServiziStaff/USO/Formazione/News

Marzia Prandi Direzione Infermieristica, Tecnica e Ostetrica

Miglioramento della comunicazione CON I PAZIENTI E I FAMILIARI NEI DIPARTIMENTI CHIRURGICI

Comunicare è mettere nelle mani dell'altro una parte di se stessi



In una realtà ospedaliera, dove il dolore è parte della vita quotidiana, comunicare è materialmente mettersi nelle mani dell'altro, diventa dunque qui più importante che altrove la padronanza delle capacità comunicative. La decisione di migliorare la comunicazione all'ASMN è arrivata direttamente dai questionari di soddisfazione compilati dai pazienti.

In seguito a questo la Direzione Aziendale ha dato ai due Dipartimenti Chirurgici tra gli obiettivi strategici il Miglioramento della Comunicazione. La realizzazione dell'obiettivo ha richiesto la costituzione di un gruppo di progetto, che si è posto come obiettivo generale la "focalizzazione del naturale processo di comunicazione o di negoziazione interpersonale nel suo specifico svolgersi nell'organizzazione e nel suo specifico svolgersi ra soggetti sanitari e utenti-clienti".

Sulla base di questa premessa è stato individuato un percorso sperimentale che prevede una prima parte di "Formazione di base sulla Comunicazione" e una seconda parte più specifica di "Incontri Tematici".

Formazione di base sulla comunicazione

La prima edizione (febbraio 2004), ha coinvolto in presenza l'intero gruppo di progetto, che lì ha individuato i definitivi contenuti formativi, i modi, i mezzi e gli stili per gli incontri successivi.

Lo schema generale e la filosofia di fondo degli attuali incontri prevede un contenuto di INVITO e un contenuto di STRUMENTI.

Innanzitutto vi è un **contenuto di invito** a ragionare personalmente intorno alle proprie convinzioni circa l'utilità o meno del possedere capacità di comunicazione adeguate in ambito lavorativo sanitario: si ritengono utili? necessarie? eticamente doverose? vi è spazio per queste competenze nell'organizzazione?

Ne segue un invito ad acquisire la loro padronanza. Si tratta di un invito perché la padronanza delle capacità di comunicazione non può essere semplicemente insegnata; non si tratta di formule ma di "attenzioni".

Tuttavia sono competenze acquisibili: un modesto investimento in queste competenze frutterà notevoli ricadute sulla qualità della propria vita, sulla qualità dello stare in sanità, sulla qualità percepita dai pazienti.

Molto spesso, però, i conflitti in ambiente lavorativo non sono determinati semplicemente da incapacità comunicative; spesso sono determinati da scontro di "sistemi di valore" differenti (ciascuno deve imparare a riconoscere i propri e la loro relativa fondatezza).

Tale condizione conflittuale non è risolvibile dall'introdu-

zione di semplici attenzioni o competenze comunicative ma è affrontabile solo da interventi coerenti nel tempo delle figure di leadership del gruppo. Comunque, anche in questo caso, una padronanza delle tecniche di comunicazione permette di evitare che il confronto di differenti sistemi di valore e di differenti giudizi non diventi scontro o litigio o contrapposizione o violenza comunicativa gratuita. Anzi una capacità pensata di padronanza delle tecniche di comunicazione permette di perseguire in modo più efficace l'obiettivo della negoziazione collaborativa tra potenziali avversari.

Vi è poi una parte del corso relativa alla presentazione degli **strumenti "tecnologici"** linguistici che non è presentata come un semplice esercizio di acquisizione di formule; essa infatti rimanda costantemente alla dimensione della analisi dei propri assunti di base o sistemi di valore; non c'è formula che funzioni indipendentemente dalla nostra volontà di perseguire l'obiettivo dell'incontro (con il paziente o con il collega magari di altra professionalità). Non vi sono qui veri giochi di ruolo complessi; vi sono però esercizi con partecipazione attiva dei presenti.

Una dimensione pratica costante nel corso delle due giornate consiste nell'invito al gruppo ad esercitarsi a valutare la comunicazione del docente ed a valutare e segnalare, di momento in momento, il grado di adesione o gli scostamenti della sua stessa comunicazione dalle regole generali che sta illustrando.

Incontri tematici

Dall'elaborazione dei questionari di gradimento delle prime 5 edizioni, è emerso l'interesse dei partecipanti ad approfondire negli incontri tematici i seguenti argomenti:

- Comunicazione Diagnosi Infausta;
- Gestione Paziente arrabbiato:
- Consenso Informato.

A livello sperimentale abbiamo iniziato a maggio 2005 sviluppando i primi 2 temi: il problema della comunicazione delle cattiva notizie, l'impiego dell'empatia come strumento di esplorazione e convalidazione delle emozioni e la gestione delle emozioni specifiche (ansia, rabbia).

Gli incontri hanno una struttura didattico-esperienziale: prevedono una parte teorica sul tema della comunicazione e della relazione-gestione della rabbia e una parte interattiva di discussione attraverso stimoli video che

facilitano: l'esposizione personale, la condivisione delle proprie esperienze e la coesione di gruppo.

Particolare importanza ha l'utilizzo del **Role-Play**: alcuni volontari presentano situazioni problematiche occorse nella vita professionale attinenti i temi trattati e, con la supervisione del docente, si cerca di affrontare e risolvere, insieme al gruppo le difficoltà emerse utilizzando gli strumenti e le tecnologie comunicative apprese durante il corso base.

Si prevede anche una fase di **Valutazione** dell'andamento dell'intero progetto; è stato previsto un incontro del gruppo di progetto di verifica e di controllo dell'evoluzione del lavoro con cadenza trimestrale. In tale incontro si discuteranno gli elementi di ritorno raccolti durante il corso base e gli incontri tematici (valutazione dei questionari di gradimento e valutazioni dei partecipanti) per programmare i futuri momenti formativi in tema di comunicazione e sviluppo della cultura della parola.

Dr.ssa Alessia Salsi Servizio Formazione, Innovazione Clinica e Biblioteca



Riceviamo dal Dott. Giorgio Sgarbi questo contributo: Migliorare l'informazione al paziente

- ... identificare i principi dell'informazione-comunicazione tra i medici e i loro malati; rendere il dialogo terapeutico più trasparente; concedere a questo tipo di incontro più tempo e ambienti idonei...
- ... la Carta di Firenze va considerata come una delle più importanti dichiarazioni pubblicate in Italia sul tema della relazione terapeutica.
- ...La buona comunicazione

La comunicazione di una diagnosi critica o di un aggravamento non può avvenire di norma in un tempo inferiore ai 30 minuti.

Lo spazio nel quale viene comunicata la diagnosi deve garantire la privacy e la continuità della comunicazione. Vanno escluse, di conseguenza, interruzioni provocate dal passaggio di altre persone o da telefoni (anche cellulari) in funzione.

L'ARTICOLO PUÒ ESSERE CONSULTATO IN INTRANET FRA LE NEWS DEL-LA CHIRURGIA TORACICA.

"Un patto di sangue"...Neonata

"Pronto, buongiorno! Qui è il laboratorio, sono la Dottoressa... vorrei comunicarvi che il campione del neonato... è coagulato, BISOGNA RIPETERE IL PRELIEVO!!!!!!"

Quante volte le infermiere della Neonatologia e del Nido hanno sentito pronunciare questa richiesta? E... subito come un film proiettato nella nostra mente riviviamo in sequenza l'evento prelievo di sangue: la paura, il battito accelerato, la sudorazione aumentata per lo stress di una manovra tanto dolorosa, sono le emozioni che condividiamo con i bambini che lo subiscono.

Contenuti nei loro "nidi", sopportano la sofferenza di respirare attraverso una macchina che li aiuta a compiere ciò che per molti è naturale, alimentati da un sondino nasogastrico, ovattati in un mondo fatto di plexiglass dove il contatto umano, a volte, rappresenta un'intrusione, altre volte un'aggressione. Per i futuri "giganti" che dall'alto dei loro 800-1000 gr affrontano con tutte le loro forze ed energie le ingiurie di una vita che troppo presto li mette duramente alla prova, un prelievo di sangue di soli due cc, rappresenta un salasso, tanti prelievi ripetuti possono richiedere addirittura una trasfusione di sangue.



Per questi e altri motivi con la collaborazione degli animatori di formazione e di Marzia Prandi si è pensato di progettare un incontro formativo con lo scopo di far conoscere l'operato dei servizi al fine di collaborare per raggiungere il massimo risultato possibile. Fondamentale era conoscerci, dare un volto a chi ci chiedeva di soddisfare la terribile richiesta di ripetere il prelievo, riuscire a creare un punto di incontro tra diverse unità operative, unire e mettere in rete reparti completamente diversi come: Neonatologia, Nido, Laboratorio Chimico Clinico, Centro trasfusionale per conoscere e migliorare il nostro ed il loro operato.

Gli operatori dei laboratori conoscevano bene i nomi dei bimbi ma ad essi non potevano collegare alcun viso, mentre dietro ad ogni provetta c'è sempre una piccoli ssima persona.



Tutto il personale dei laboratori, compresi gli addetti ai trasporti dei campioni, a piccoli gruppi, ha visitato la Neonatologia e il Nido, ha potuto incontrare i piccoli ricoverati, rendersi conto delle loro estreme fragilità, conoscere le modalità di esecuzione dei prelievi ematici con tutte le problematiche ad esse correlate, soffermarsi sulle dimensioni dei bimbi,

le piccole braccia, i minuscoli piedi, sul loro pianto e sul loro impotente dolore.

Nel corso di formazione, ripetuto per permettere la più ampia partecipazione, abbiamo fatto conoscere il tipo di assistenza che noi adottiamo, la "CARE", il prendersi cura del neonato e del suo sviluppo neuroevolutivo, mettendo l'accento sull'importanza dei danni che l'esperienza dolorosa del prelievo può provocare.

Da parte nostra abbiamo potuto avere accesso ad un ambiente e a processi di lavoro a noi sconosciuti, scoprendo cosa succede "dietro una provetta" inviata in un laboratorio, quali possono essere gli inconvenienti e le conseguenze per i rispettivi reparti se il campione non è prelevato, conservato e recapitato correttamente.

Promettendoci una collaborazione maggiore ed un lavoro che non finisce al primo incontro, sono nati due gruppi di lavoro, con il Laboratorio Chimico Clinico ed il Centro Trasfusionale, che coinvolgono diverse figure professionali, per continuare questo progetto il cui obiettivo è ridurre il numero di prelievi, risparmiare sangue prezioso, evitare gli errori nelle richieste per garantire la migliore assistenza ai nostri piccoli ospiti.

Questa esperienza, che ha goduto di un altissimo gra-

ologia, Nido, e Laboratori si incontrano



dimento e massima partecipazione di tutti gli operatori, ci ha permesso di apprezzare il valore delle diverse competenze che stanno dietro ad ogni professionalità, che sia tecnica, infermieristica, medica o scientifica e di capire che... **insieme è meglio.**

Grazie a tutti.

Patrizia Tumini, Ave Lupi e tutto il gruppo della Neonatologia e Nido



Dipartimento Patologia Clinica

...un forte impatto emotivo!

È stato ciò che ci ha procurato la visita presso il reparto di Neonatologia.

Per la maggior parte di noi, personale proveniente dai Laboratori Analisi, era la prima volta che avevamo accesso ad un reparto con caratteristiche così particolari.

Pensandoci bene, forse è la prima volta che personale dei Laboratori esce dai propri locali e frequenta altri Reparti, fatti salvi alcuni colleghi che si recano al letto del paziente o direttamente in Sala Operatoria per eseguire campionature particolari.

La prima immagine che colpisce il visitatore è l'atmosfera di grande quiete che si percepisce entrando nello stanzone che ospita l'U.O. il che, contrasta parecchio con le pratiche spesso movimentate dei laboratori ed il costante rumore di fondo degli analizzatori. Anche le voci delle Infermiere presenti assumono toni pacati, gli unici rumori che si avvertono sono quelli dei cicalini dei monitor.

Un altro aspetto che colpisce, è la presenza di persone apparentemente "estranee", le mamme!

Alle quali, con grande sensibilità da parte dell'organizza-



zione, è permesso, quando la situazione lo consente, prendersi cura dei loro piccoli.

Questo è solo il primo momento poi, ci si accorge avvicinandosi alle culle termiche, apparentemente vuote, che all'interno quasi indistinguibili sotto i loro berrettini e ad un intreccio di fili, sondini, flebo ed avvolti dai loro "nidi" ci sono le ragioni della nostra visita, cioè i bambini.

Non so come sia ma, anche per me che sono padre da

La Neonatologia e il Laboratorio si incontrano: "un patto di sangue"

pochi anni di due bambine, quando vedo un neonato mi sembra incredibile che sia così piccolo e cerco di ricordare Beatrice e Cecilia alla nascita.

Beh, i bimbi della Neonatologia sono veramente piccoli!!! Potrebbero stare nel palmo di una mano!

Le colleghe della Neonatologia, lo devo dire, ci hanno proprio incastrati!

D'ora in poi, le provette provenienti dal loro reparto non sono più provette qualsiasi, adesso hanno un contesto, han-



no un volto. Con queste ultime affermazioni che, potrebbero far pensare ad un trattamento superficiale riservato ai campioni che pervengono ai laboratori senza un contesto ed un volto, voglio aprire un breve capitolo, e dedicarlo al lavoro che si svolge quotidianamente nei nostri laboratori.

In particolare mi piacerebbe trasmettere, essendo io stesso un Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico, la passione che il personale Tecnico e non solo quello, mette ogni giorno per dare risposte adeguate, dove il non avere di fronte il paziente o il parente che chiede, che ci osserva nei nostri gesti professionali e di relazione, non è un limite ma anzi, paradossalmente, ci invita a tenere un profilo di responsabilità ancora maggiore poiché a qualcuno potrebbe venir da pensare che poco importa se tra le "migliaia!!" di prelievi di ogni genere che giungono ogni giorno ai laboratori una provetta non si trova oppure il campione è coagulato, emolizzato oppure si è inquinato.

Non è così!

Molto spesso, si cerca di ovviare a carenze organizzative, campioni non pervenuti, non idonei cercandone altri compatibili, in altri settori del laboratorio o in altri laboratori proprio per dare risposta alle aspettative dei pazienti e dei loro parenti che nel nostro Ospedale sono ricoverati o che da esterni si sono rivolti ai nostri Servizi.

Deve anche essere chiaro però, che non sempre è possibile dare una risposta adeguata alla richiesta del Clinico, ed allora con tutta la buona volontà dobbiamo arrenderci alle

> evidenze e richiedere che venga effettuato un nuovo prelievo di sangue, una nuova raccolta di materiale biologico, ecc.

> Ci rendiamo conto che questo comporta un disagio ma, come è stato evidenziato negli incontri in aula, capita per esempio che il mancato rispetto dei volumi richiesti per determinati esami "positivizzi" campioni negativi o viceversa. Aggiungo, per onestà, che se qualcosa va storto a volte è "solo colpa nostra!" e quando ce ne' accorgiamo non ci fa piacere.

Per concludere, credo che questa che si è intrapresa sia la strada giusta, poiché ha coinvolto tutte le professionalità

delle UU.OO., dal personale OTA alla Dirigenza Medica passando per gli Infermieri, i TSLB ed il personale del CED del laboratorio, incontrandoci prima in aula e poi intorno ad un tavolo per trovare soluzioni praticabili e, le abbiamo trovate.

Credo, che questo percorso abbia soddisfatto esigenze formative, riconoscendo anche crediti ECM, avviato un processo che non si discosta molto dal Risk Management ed ha prodotto, nel suo piccolo, Qualità Clinica.

Ripensando a come è nato, sotto la spinta di esigenze forti, è stato più facile da realizzare che da raccontare, forse siamo stati solo fortunati o forse, bravi....perché no!

Morelli Paolo - Coordinatore Dipartimentale Formazione



In ricordo di Tiziana Molteni

Desideriamo ricordare l'infermiera Tiziana Molteni, purtroppo scomparsa prematuramente il 7 febbraio 2002. Tiziana lavorò per tanti anni in Medicina 3 e gli ultimi due anni della sua vita professionale li dedicò al neonato Day Hospital Unificato all'Ospedale Spallanzani.

In suo ricordo, il marito Dott. Pietro Ragni, i figli ed i genitori l'anno scorso donarono al Dh Unificato Area Medica 1 la somma di 1000 euro da destinare all'acquisto di materiale utile per l'assistenza e l'attività clinica.

Con questa donazione, quest'anno abbiamo acquistato una macchina fotografica digitale FinePix E510 FujiFilm necessaria per documentare le lesioni difficili degli arti inferiori, tanto frequenti nella nostra Unità Operativa.

E' trascorso oltre un anno dallo scatto di queste foto, tuttavia non abbiamo dimenticato questo gesto.

E il pensiero, inevitabilmente, vola in quegli anni nei quali alcune di noi (Stefania e Dimma), le infermiere, le caposala, i medici che, per periodi più o meno lunghi, condividemmo con Tiziana il lavoro, le responsabilità, le risate e, perché no, anche momenti di tensione e di discussione.

Ugualmente è nostro desiderio rinnovare il ringraziamento ai familiari con l'augurio sincero che anche nella perdita di una persona cara, è pur possibile avere la consolazione che il ricordo viva in chi l'ha conosciuta. La caposala, le infermiere e la responsabile del Day Hospital Unificato Dipartimento Medico 1.

Nella foto:

Dott. Pietro Ragni (primo a destra),
i genitori di Tiziana Molteni,
Dott. Ido Iori,
Dott.ssa Margherita Ieran,
Caposala Dimma Varini,
le infermiere Stefania Azzolini,
Enrica Caliumi, Cinzia D'Alessandro,
Claudia Meli,
Margherita Petrillo,
Monica Segato
(assente Elisa Bigliardi, Mavi Torri)



PROGETTO "RIABILITAZIONE"



La conferenza stampa di presentazione del progetto.

Il progetto "Riabilitazione" consiste nella istituzione di una borsa di studio, della durata di 18 mesi, per una figura professionale di terapista della riabilitazione destinata alla Struttura di Medicina Fisica e Riabilitazione dell'Arcispedale S. Maria Nuova.

I compiti specifici della terapista della riabilitazione riguardano il trattamento di pazienti affetti da patologie di interesse oncologico, in particolare:

Aumentare, ove richiesto e ove sia indicato per la situazione clinica presentata, lo spazio destinato al trattamento di linfodrenaggio manuale per gli arti superiori in donne che abbiano subito un intervento al seno e che presentino un linfedema secondario all'arto superiore (si ricorda che la disposizione nazionale e regionale sui LEA - Livelli Essenziali di Assistenza non riconosce la possibilità di erogazione da parte delle strutture sanitarie del linfodrenaggio meccanico con l'utilizzo di attrezzature tipo linfopress).

Creare un percorso di riabilitazione articolare per le pazienti operate al seno che presentano problematiche relative al recupero di una buona funzionalità articolare dell'arto superiore. Tale trattamento dovrà avere una importante finalità educativa per insegnare alle pazienti quegli esercizi ritenuti i più idonei da svolgere successivamente in modo autonomo. Si dovrebbe trattare pre-

valentemente di trattamenti individuali, rivolto a pazienti acute, operate cioè da pochi giorni. Verranno organizzati interventi costituiti da un numero ridotto di sedute proprio per sottolineare l'importanza educativa, al fine di dare alla paziente, sin dai primi giorni dopo l'intervento, indicazioni precise su quali siano gli esercizi più corretti da compiere e su come gestire al meglio le proprie autonomie alla luce della nuova situazione creatasi.

Creare un percorso riabilitativo articolare per le pazienti operate al seno già da molto tempo, con situazioni cliniche ormai pienamente stabilizzate e risolte, ma che possono presentare riacutizzazioni cliniche articolari a carico dell'arto superiore interessato dalla vecchia patologia. Verranno istituiti dei trattamenti di gruppo per riattivare una buona articolarità funzionale. Anche in questo caso, molta attenzione dovrà essere rivolta ad un percorso di apprendimento educativo verso gli esercizi più congrui per consentire alle pazienti una buona autonomia funzionale successiva.



Elena Ganapini – Fisioterapista vincitrice della borsa.

La borsa di studio è stata voluta e finanziata dall'Associazione per la salute femminile "La Melagrana" onlus grazie al contributo di Unicarni e Coopservice.

Dott. Giovanni Battista Camurri Direttore Medicina Fisica e Riabilitazione

Il maschile in Oncologia: RICERCA SU CASISTICA

L'Associazione "La Melagrana onlus" ha avviato in questi mesi una ricerca finanziata dal Comune di Reggio Emilia, in collaborazione con il Registro Tumori dell'Azienda AUSL di Reggio Emilia, il Servizio di Psicologia Azienda USL di RE, l'U.O. Ematologia ASMN, l'U.O. Oncologia ASMN, le Oncologie AUSL, L'Associazione "Siamo con Te" di Correggio, per approfondire la questione maschile in Oncologia, per affinare la conoscenza dei vissuti dei pazienti, per individuare le aree di fragilità degli stessi e poter strutturare risposte mirate, indirizzate al loro sostegno.

La ricerca coinvolge 90 soggetti (45 maschi e 45 femmine) con diagnosi di tumore al colon e linfomi, divisi per fasce di età (20-44; 45-64; 65+).

Gli obiettivi dello studio consistono nel valutare, tra i maschi adulti residenti nella provincia di Reggio Emilia, come viene vissuta l'esperienza della patologia tumora-le, come gli uomini vivono la malattia, quali sono le reazioni, i progetti, con chi condividono l'esperienza e se vi è intorno una rete di solidarietà. Infine si intende confrontare questi vissuti con analoghi o differenti condizioni di una popolazione oncologica femminile.

La ricerca è puramente qualitativa: attraverso un questionario analitico, somministrato da due psicologhe ricercatrici che collaborano con il Servizio di Psicologia dell'Azienda USL, si chiederà a queste persone di raccontare la loro esperienza di malattia.

Lo studio nasce da alcune riflessioni. In questi anni il femminile, anche in situazioni di malattia grave, ha dimostrato di farsi carico in prima persona e a volte, collettivamente, dentro percorsi di associazionismo, delle conseguenze di un'esperienza di malattia che invade la vita in modi imprevisti, riuscendo a dare significato alle proprie ferite, a volte anche a quelle d'anima.

Il maschile caratterizzato dall'erranza, dal movimento, cresciuto nella dimensione del fare e del dimostrare a sé e agli altri il proprio valore nell'agire, mal si coniuga con una sosta forzata rappresentata dalla condizione di malattia. Spesso non sa descrivere, esprimere la propria sofferenza; a volte ha bisogno di un femminile paziente e accuditivo che veicoli le sue emozioni e se ne prenda cura. Per cercare di entrare nel mondo dei sentimenti e delle emozioni maschili, là dove l'esperienza di malattia sollecita dubbi, domande e interrogativi tormentosi, consapevoli che è uno "sguardo" femminile che si fa carico di un'indagine verso l'altra metà del cielo, si promuove una ricerca di genere, sperando che i soggetti a cui è indirizzata diventino sempre più protagonisti della loro condizione di malattia.



Dott.ssa Carla Tromellini Presidente "La Melagrana"

IRRADIATORE PER EMODERIVATI

Finalmente! Dopo un cammino difficile, durato più di due anni, possiamo annunciare che è arrivata la macchina per l'irradiazione degli emoderivati, interamente finanziata dal GRADE. Proviamo allora a ripercorrere questa storia nei suoi punti essenziali.



A COSA SERVE.

I nostri pazienti hanno spesso bisogno di trasfusioni, soprattutto di globuli rossi e di piastrine.

Quando facciamo il prelievo ai donatori, ciò che viene prelevato contiene anche altre cellule, soprattutto i linfociti.

Per questo motivo le sacche di emoderivati vengono irradiate. In questo modo si eliminano i linfociti che, se presenti, possono essere dannosi per il ricevente, soprattutto quando è sottoposto a trapianto di midollo osseo (o lo sarà in un secondo tempo).

E QUANDO LA MACCHINA NON C'ERA?

L'irradiazione veniva eseguita con l'unico strumento disponi-

bile che era la macchina con la quale vengono irradiati i pazienti. Quindi, da un lato l'uso era improprio (la macchina non era nata per quello scopo) ma la cosa più importante è che se venivano irradiati gli emoderivati non potevamo irradiare le persone.

Oggi, il risparmio di questo tempo (sia di macchina che di personale) può venire impiegato nella terapia dei pazienti, contribuendo a ridurre le liste di attesa.

PERCHE' C'E' VOLUTO TANTO TEMPO.

La macchina che abbiamo acquistato è innovativa. Prodotta da una ditta canadese, è stata venduta e utilizzata solo nel Nord America (Canada e USA). Non era quindi in possesso del marchio CE, indispensabile per l'installazione e l'impiego in un qualsiasi paese della Comunità Europea.

Questa certificazione è arrivata nell'aprile 2005 e ha così permesso la spedizione del primo gruppo di 6 macchine, fra le quali la nostra, con destinazione Europa, ma ci risulta che ci siano già parecchie richieste presso la casa costruttrice.

ESISTEVANO MACCHINE ALTERNATIVE?

Sì, l'irradiazione degli emoderivati con macchine dedicate è attuata da parecchi anni. Tuttavia si tratta di macchine ingombranti, molto pesanti e pericolose.

Contengono infatti una sorgente radioattiva che emette radiazioni di continuo.

La camera di irradiazione va quindi perfettamente isolata dall'ambiente esterno e ci sono una serie di problemi sia



di impiantistica che di sicurezza che di sorveglianza dei locali e del personale addetto: a causa di ciò le direzioni ospedaliere e i servizi di fisica sanitaria sono generalmente contrari a questa soluzione.

La macchina acquistata, invece, funziona come un apparecchio per raggi x. Eroga radiazioni solo quando ne hai bisogno e presenta un profilo di utilizzo da parte del personale, così come di manutenzione, molto più semplice e sicuro.

CHI HA FINANZIATO L'OPERAZIONE.

Il finanziamento, di 141.000 Euro, è totalmente a carico del GRADE e, in particolare, della Sezione di Reggiolo.

Come Presidente dell'Associazione sento quindi il dovere di ringraziare pubblicamente il dottor Roberto Ferrari, anima del gruppo di Reggiolo, e tutti i suoi splendidi collaboratori, e lo faccio due volte, la prima per avere contribuito alla raccolta dei fondi necessari, la seconda per avere sopportato con pazienza le fatiche di questo cammino.

Nei prossimi giorni verrà convocata una conferenza stampa per presentare l'iniziativa alla cittadinanza intera. Desidero sottolineare che, ancora una volta, l'attività del GRADE rende concreta la collaborazione fra varie figure professionali che si occupano della terapia dei pazienti affetti da malattie del sangue (in questo caso ematologi, radioterapisti, fisici sanitari, ufficio tecnologie biomediche, direzione sanitaria).

Ciò è motivo di soddisfazione per noi, garanzia per i pazienti e le loro famiglie, e, spero, stimolo sempre vivo per il mondo del volontariato, che tanto amiamo e rispettiamo, per sfide sempre nuove nella lotta alle emopatie.



Dott. Paolo Avanzini - Presidente G.R.A.D.E.

"Missione umanitaria in Pakistan"

Descrizione della calamità

L'8 Ottobre 2005 la regione del Kashmir viene colpita da un devastante terremoto. Le proporzioni immense dei danni provocati alle strutture di paesi e villaggi e l'alto numero di vittime civili, non è stato tuttora definito. E forse, una stima ufficiale non sarà mai possibile. L'area colpita (kashmir pakistano-indiano) è vastissima e costellata di centinaia di paesi e villaggi ubicati su alte montagne e quindi difficili da raggiungere da parte dei soccorsi pachistani e internazionali. 80.000 vittime è la stima delle perdite fornita da fonti ufficiali governative pachistane. Le ONG internazionali presenti in Pakistan stimano, invece, approssimativamente in 200 000 i morti

Destinazione della missione

Città di Mansehra, Pakistan del nord al confine con la regione del Kashmir pachistano.



Con chi siamo partiti e quando

Il 21 Ottobre 2005, siamo partiti in missione umanitaria in qualità di personale sanitario iscritto all'associazione ARES Onlus (Associazione Regionale Emergenze Sanitarie e Sociali) convenzionata con la regione Marche. L'associazione ARES è stata chiamata a fornire supporto all'attività sanitaria connessa con la missione umanitaria in Pakistan da parte della Protezione Civile Italiana.

Partenza

Il ritrovo è avvenuto all'aeroporto di Falconara-Ancona alle

10.30 di venerdì 21/10. Il gruppo, composto di medici, infermieri, tecnici-logisti della Protezione Civile Marche e Vigili del Fuoco volontari, si è mostrato subito molto affiatato ed ansioso di iniziare quest'avventura. Ovviamente, la tensione e la preoccupazione per una missione di tale portata in un paese così lontano e culturalmente diverso, era presente in ciascuno di noi, ma la passione e lo spirito di gruppo hanno subito preso il sopravvento. Si parte!! Il viaggio Ancona-Islamabad sembrava non finire mai. Gli spostamenti in autobus da Ancona a Roma, in aereo da Roma a Parigi e da Parigi ad Islamabad, hanno subito messo a dura prova la nostra resistenza.

Arrivo in Pakistan

Arriviamo ad Islamabad alle ore 09.10 (ora locale) del giorno successivo. In aeroporto ci attende il personale dell'ambasciata italiana che agevola molto i controlli di passa-

porti e bagagli. In poco più di un'ora siamo all'esterno dell'aeroporto dove ci aspettano due piccoli autobus. Uno servirà per il trasporto bagagli ed uno per il personale. Ci siamo: si parte per Mansehra..o almeno così crediamo. In qualità di delegazione straniera dobbiamo essere scortati dai militari fino a destinazione. Attendiamo circa due ore sotto al sole cocente prima che la scorta sia pronta (due uomini!!).

Partiamo e dopo poche centinaia di metri sulle strade pachistane, capiamo che il fattore di rischio maggiore in questa missione sarà il traffico. Il caos più totale regna sulle strade di Islamabad, ma sarà così anche fuori. Guida a sinistra, nessuna regola di precedenza o limite di velocità. La distanza di

sicurezza è un optional, il clacson è il modo migliore per "farsi strada", oltre alla mole del mezzo. Durante i primi chilometri abbiamo veramente molta paura di incorrere in un disastroso incidente stradale, poi, un po' divertiti, ci rassegnamo...

Durante il tragitto, non abbiamo visto alcun danno causato dal terremoto, fatta eccezione per alcune abitazioni danneggiate. Nulla di strano. Infatti, la città in cui svolgere la nostra attività fu precauzionalmente scelta al confine dell'area devastata dal sisma (città di Balakot). Capiremo



Balakot

poi che costruire un ospedale nelle vicinanze della città e dell'area distrutte di nostra competenza, sarebbe stato oltre che pericoloso (le scosse d'assestamento erano quotidiane), anche poco conveniente per la mancanza totale di ogni supporto vitale come acqua, cibo, suppellettili che erano invece facilmente reperibili nella città di Mansehra.

Arrivo al campo

Alle 16.30 arriviamo "indenni ed esausti" alla città di Mansehra, quindi al campo. L'area sanitaria è stata ricavata nell'ampio cortile del locale college, gravemente danneggiato ma non crollato. Al nostro arrivo, sono già presenti un ospedale da campo saudita, un Posto Medico Avanzato coreano e l'ospedale da campo della CRI al quale ci siamo uniti per creare quello che sarà in pochi giorni nominato "Ospedale Italiano".

Accompagnati dal personale della CRI, prendiamo visione della struttura del loro campo composto da tende per:

- visite mediche - medicazioni e confezionamento apparecchi gessati - degenza suddivise in area bambini, uomini, donne - mensa - magazzino farmaci.

E' sera e siamo esausti

Ci riposiamo nella tenda mensa, vero fulcro e luogo d'evasione dall'attività quotidiana, poi di nuovo in autobus per recarci all'albergo, uno dei pochi non pericolanti ma con condizioni igieniche "al limite"; esso si trova nella città di Abbottabat, a circa un'ora di autobus. Non è ancora possibile pernottare tutti al campo per la mancanza d'alloggi per il personale e di servizi igienici che saranno costruiti nell'arco delle due settimane successive. La scelta di dormire in un albergo in muratura in una zona altamente sismica non soddisfa tutti, ma non abbiamo alternative...

Attendendo il materiale

Il mattino successivo, iniziamo a pianificare la nostra attività, cercando l'integrazione con il personale della CRI, in attesa dell'arrivo dei camion (ben dodici), con tutto il nostro



Arrivo materiali ad Islamabad

materiale sanitario e logistico che giungono nel primo pomeriggio. Inizia così l'intensa attività di scarico e suddivisione delle casse contenenti i materiali. Le tende pneumatiche iniziano a prendere forma e in pochi minuti sono montate e pronte per essere allestite.

Al tramonto l'ospedale ha un aspetto completamente diverso. Il giorno successivo (24 ottobre), iniziamo l'allestimento



Scarico camion



Ingresso dell'Ospedale

"Missione umanitaria in Pakistan"

degli ambienti interni delle singole tende. Lavoriamo tutti con grande entusiasmo: sistemiamo lettini, monitor, farmaci, parafarmaci, tavolini.. tutto al suo posto (o quasi...).

Dalle ore 17.30 la tenda triage è ufficialmente operativa: L'OSPEDALE ITALIANO E' NATO!

La struttura è così composta:

tenda triage: un infermiere all'esterno della tenda, coadiuvato da un traduttore locale, inizia l'assegnazione dei codici colore (bianco, verde, giallo, rosso) compilando la scheda di triage e distribuendo un numero ad ogni paziente, stabilendo così la priorità e l'ordine d'ingresso, come



Caos al TRIAGE

avviene nella nostra realtà (tranne il numero!).

All'interno, un medico ed un infermiere, dopo una breve valutazione del paziente, ne decidono la destinazione: dimissione sul posto, invio alla tenda codici verdi per valutazione più approfondita o medicazione, invio alla tenda "sala gessi", invio in radiologia (era presente una radiologia mobile).

tenda codici verdi/bianchi: un medico e due infermieri visitano i pazienti, somministrano terapie, rinnovano medicazioni e, quando necessario, ne dispongono il ricovero nelle tende di degenza.



Tenda codici rossi e gialli

tenda codici gialli/rossi: composta da due postazioni gestite da un medico ed un infermiere pronti ad accogliere le urgenze; se necessario un secondo infermiere accorre in aiuto distaccandosi dal settore medicazione degenti o dall'area codici verdi/bianchi.

La tenda è attrezzata con un monitor multiparametrico comune per le due postazioni, un monitor defibrillatore, un respiratore, due aspiratori, un piccolo ecografo portatile per eseguire Ecofast.

tenda "sala gessi": composta da una postazione gestita da un medico e due infermieri.

tenda magazzino per farmaci.

tenda magazzino per parafarmaci e materiale tecnico logistico (barelle, collari cervicali, lettini di scorta etc).

tenda medicazioni per pazienti ricoverati: composta da due postazioni gestite da due infermieri, un medico e l'anestesista quando necessario (per sedazione nei casi di medicazioni complesse e dolorose).

tenda per preparazione pazienti operandi: all'interno di questa tenda è stato allestito un piccolo laboratorio analisi gestito a rotazione dagli infermieri ed una postazione per la sterilizzazione dei ferri chirurgici tramite autoclave gestita dalle infermiere ferriste.

container-sala operatoria: un piccolo gioiello donato dalla Federazione Svizzera al campo italiano, all'interno del quale lavorano, a rotazione ed in base alle sedute operatorie programmate, il chirurgo ortopedico, plastico, generale coadiuvati dall'anestesista, dalla ferrista ed un infermiere. E' entrato in funzione qualche giorno dopo l'inizio dell'attività a causa della complessità nel suo assemblaggio. Di norma esegue tre/quattro interventi al giorno.

tende di degenza: l'assistenza infermieristica di base è garantita da infermiere pachistane inviate dal Governo,



Container sala operatoria

mentre l'assistenza medica è garantita da medici ARES e della CRI.

tende riservate ai pazienti in post-operatorio:

questa tenda è stata montata ed è entrata in funzione alcuni giorni dopo, quando ci si è resi conto che le scarse condizioni igieniche delle affollatissime tende di degenza, comportavano un ulteriore rischio d'infezione.



Panoramica ospedale

L'organizzazione del personale, prevede la rotazione a turno di medici ed infermieri nelle varie tende.

L'Ospedale Italiano inizia quindi a lavorare intensamente. Ben presto ci accorgiamo dei nostri limiti nella gestione dei pazienti che richiedono assistenza di livello superiore, ovvero siamo sì in grado di gestire in prima istanza qualunque patologia anche in emergenza-urgenza, ma come affrontare la gestione di pazienti che necessitano di TAC, terapia intensiva di cardiologia, di rianimazione o di neurochirurgia?

In un primo momento abbiamo cercato di contattare telefonicamente gli ospedali di Mansehra e Abbottabad (le due città di riferimento) per organizzare i trasferimenti. Purtroppo, la gestione diretta degli accordi tra noi e le strutture pachistane si è rivelata fin da subito molto complessa.

Il rischio d'incomprensioni su quali pazienti trasferire e soprattutto in quale ospedale, si è dimostrato troppo elevato. Dopo le prime esperienze traumatiche e deludenti, abbiamo deciso prudentemente di incaricare un medico pachistano di organizzare i trasferimenti eliminando così incomprensioni linguistiche e, non secondario, culturali.

Dal punto di vista tecnico-logistico, al termine delle prime due settimane sono state rese funzionanti alcune strutture fondamentali quali:

• tende alloggio per il personale servizi igienici per il personale (toilette e docce)

- tettoie di protezione per i pazienti in attesa al triage
- recinzione dell'ospedale italiano con cancello d'ingresso unico

Questo intervento è stato ritenuto necessario per controllare l'ingresso di numerose persone che non necessitano di assistenza sanitaria e affollano inutilmente l'area e le tende di visita e degenza creando ulteriore inutile caos.

Nonostante i numerosi problemi incontrati, l'ospedale italia-

no è "decollato" riscuotendo grande successo nell'arco di pochi giorni. Numerose delegazioni di politici pachistani hanno fatto visita al campo congratulandosi e chiedendo di continuare con questo prezioso aiuto per la popolazione cosi duramente colpita.

La soddisfazione di tutti è immensa. Speriamo che il nostro contributo possa aiutare in maniera decisiva la popolazione locale nel ritornare gradualmente ad una vita migliore.

Questo è il riassunto della nostra esperienza in Pakistan. La missione non è assolutamente terminata. Fino ad ora sono partiti tre gruppi (il terzo è in servizio ora) e ne partiranno altri due. Il termine della missione è previsto per il mese di Gennaio 2006.

I dipendenti ASMN che hanno partecipato a questa missione sono:

Andrea Orlandini e Marco Bigliardi (dal 21 ottobre al 6 novembre) Vania Comastri e Roberto Martini (dal 3 al 21 novembre)

Sono tuttora impegnati in Pakistan Sara Radighieri e Felice Badenchini.

Ringraziamenti

Vorremmo ringraziare l'Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova per averci concesso l'autorizzazione per tale missione. Un particolare ringraziamento a tutti i nostri colleghi del Dipartimento Emergenze-Urgenza dell'ASMN per averci incoraggiati, sostenuti moralmente e sostituiti nei turni di lavoro, permettendoci così di vivere una straordinaria esperienza professionale e umana.

Chi volesse avere ulteriori informazioni in merito all'associazione ARES:

ARES Onlus

Associazione Regionale Emergenza Sanitaria e Sociale Sede: Centrale Operativa 118 Ospedale Regionale di Torrette di Ancona

Sito Internet: www.aresmarche.it

Marco Bigliardi Vania Comastri Andrea Orlandini

Dipartimento Emergenza Urgenza

Buone Feste e Felice Anno Nuovo



Arcispedale S. Maria Nuova