

Notizie



CIRCOLO DEGLI ARTISTI

Aderente alla Fe.Na.L.C.

REGGIO EMILIA

L'arte per l'ospedale

1

NOTIZIE

PERIODICO BIMESTRALE
dell'ARCISPEDALE S. MARIA NUOVA
di REGGIO EMILIA
Reg. Trib. di Reggio E. n. 940 del 11/02/97
ANNO VII - 2001 - N. 1
Spedizione in abbonamento postale
art. 2 comma 20/c legge 662/96.
Filiale di Reggio Emilia

Direttore Responsabile

Maria Lodovica Fratti

Redazione

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

Hanno collaborato a questo numero

Daniela Bonvicini
Maria Brini
Federica Campani
Elena Costa
Ileana Fantini
Gian Maria Fantuzzi
Marina Ferrari
Maria Fontanesi
Debora Formisano
Maria Giovinnazzo
Leonida Grisendi
Giovanni Guatelli
Sergio Maccari
Iva Manghi
Enrico Manicardi
Anna Maria Marzi
Evandro Nigrisoli
Vanna Pinotti
Paola Rotelli
Maria Ravelli
Luigi Zucchi

Progetto Grafico e realizzazione Grafica

Lidia Scalabrini

Le immagini di questo numero sono state realizzate da:

Foto: Servizio di Documentazione
Fotografica Medico-Scientifica

In copertina
Angelo Davoli, *Terra-cielo*, 2001

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

Donati con cuore	pag. 3
Verso un Budget Dipartimentale	pag. 4
Accreditamento: visita sperimentale	pag. 6
I nuovi ausili per la movimentazione dei pazienti	pag. 8
Misure di sicurezza nell'utilizzo di attrezzature e impianti elettrici	pag. 9

I SERVIZI RACCONTATI

Profilassi malattie infettive e prevenzione dei rischi ospedalieri	pag. 10
L'U.O. di Medicina d'Urgenza	pag. 11
Pneumologia tra presente e futuro	pag. 12

CONVEGNO

La professione infermieristica nella realtà contrattuale e aziendale in cambiamento	pag. 13
---	---------

INSERTO

Parliamo di Privacy in Ospedale	pag. 15
---------------------------------	---------

FORMAZIONE

2001 Formazione: procedura news	pag. 19
E.C.M. Educazione Continua in Medicina	pag. 22

CURE PALLIATIVE

L'attualità delle cure palliative	pag. 23
L'Hospice di Montericco Casa Madonna dell'Uliveto	pag. 25

IN BREVE

Poliambulatori: l'Accettazione si rinnova	pag. 26
---	---------

QUALITA' PERCEPITA

Indagine Eurisko	pag. 27
------------------	---------

BENVENUTO PROF. VERONESI

	pag. 29
--	---------

NOVITA' DAL SERVIZIO ACQUISTI

Spedizione gare: via e-mail	pag. 30
-----------------------------	---------

PRESENTAZIONE LIBRO

	pag. 32
--	---------

CONVEGNI

	pag. 32
--	---------

Filo diretto con la Direzione Aziendale

Cosa vorresti dire o chiedere alla Direzione Aziendale?

Vuoi porre domande, questioni, proposte?

Scrivi e la Direzione Aziendale risponde.

Puoi utilizzare la posta elettronica scrivendo a:

Redazione.*Notizie*@asmn.re.it

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

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

Sarà cura della Redazione garantire una risposta utilizzando vari canali: lettera scritta, incontro, telefonata, e mail...)



DONATI CON CUORE



Il Circolo degli Artisti è una associazione sociolculturale che opera nella nostra realtà mettendo in relazione i liberi amatori dell'arte con la comunità artistica reggiana e con le più rilevanti istituzioni della provincia.

In soli 10 anni di attività l'opera del circolo e dei suoi associati si è evoluta fino a raggiungere i caratteri preliminari di una scuola delle arti visive e materiali ispirata ai modelli classici e agli artisti contemporanei.



37. Enzo Neri, Etichetta, 2000

La vita del circolo, oggi è molto intensa e si manifesta all'interno, nelle aree laboratorio, (attrezzate per essere palestra di educazione artistica) e all'esterno nelle esibizioni dei suoi associati e nelle crescenti iniziative di collaborazione con le istituzioni sociali, sanitarie religiose e formative.

La collaborazione con l'azienda ospedaliera S. Maria Nuova di Reggio Emilia così come quella con la Casa Circondariale Penale della Pulce e con l'ospedale Penale Giudiziario, ma anche con le scuole di base, rappresenta l'essenza dell'adesione al circolo:

l'arte è una medicina positiva del benessere umano e saperla comprendere, ma anche praticare, porta facilmente alla generosità verso i più deboli.

Così è stato anche in questa eccezionale occasione che ha visto 60 artisti reggiani rispondere con grande generosità alla domanda di aiuto proveniente dal nuovo reparto di oncologia del S. Maria Nuova.

La comunità artistica reggiana è largamente rappresentata (anche se non compiutamente) e le opere donate vanno a costituire un patrimonio di sicuro riferimento per la nostra arte moderna e contemporanea e allo stesso tempo introducono nella prestigiosa struttura sanitaria un angolo di attenzione: una finestra su prospettive diverse dal pensiero dominante che impegna la mente dei pazienti e dei personale sanitario.

Il circolo ringrazia vivamente gli artisti che hanno compreso e donato con gioia e allo stesso modo ringrazia gli operatori del reparto di oncologia e la Direzione del S. Maria Nuova per avere chiesto aiuto e promossa questa rara e preziosa iniziativa.

Il circolo esce inoltre da questa esperienza rafforzato e maggiormente responsabilizzato e anche per questo spera che la Comunità Reggiana lo aiuti a raggiungere mete e luoghi più ambiziosi.

*Il Presidente Onorario del Circolo degli Artisti
Enrico Manicardi*



34. Fregina Pierofini, Scrittore, 2000



*Sabato 17 Feb-
braio 2001:
inaugurazione
del Servizio di
Oncologia Medica*

Verso un Budget Dipartimentale

Il processo di budget 2001 porta a realizzazione un percorso già delineato negli ultimi anni, di negoziazione a livello dipartimentale, rafforzando la valenza dell'organizzazione dipartimentale come condizione necessaria alla razionalizzazione di tutte le risorse interne nel momento di programmazione degli obiettivi delle singole unità operative. Già a partire dalla riforma del 1992 (D.Lgs 502/1992 come modificato dal D.Lgs 229/1999) viene attribuito ai Dipartimenti, oltre alle responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa e di prevenzione, la responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. L'art. 17-bis della suddetta legge così definisce le funzioni gestionali del Direttore di Dipartimento: "...*predisporre annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione aziendale nell'ambito della programmazione aziendale. La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento*".

Nella nostra azienda il processo di budget annuale, iniziato in via sperimentale nel 1992 per poi consolidarsi negli anni, è lentamente evoluto passando da una prima fase in cui gli incontri di negoziazione rappresentavano un momento di confronto tra la singola unità operativa e la Direzione aziendale ad una seconda fase, con la costituzione dei Dipartimenti, in cui la contrattazione avveniva attraverso incontri di area coordinate dal Direttore di Dipartimento. Gli obiettivi e le risorse erano comunque ancora il frutto di una negoziazione tra unità operativa e Direzione aziendale.

Oggi l'azienda sta maturando verso una terza fase, che si apre in via sperimentale da quest'anno, che dovrà condurre alla negoziazione di obiettivi complessivi di area, al rafforzamento del ruolo del Direttore di Dipartimento nella fase decisionale di programmazione degli obiettivi delle singole unità ed alla responsabilizzazione del Dipartimento verso output comuni.

Il percorso avviato da quest'anno, ufficializzato in una specifica procedura consultabile sulla intranet del nostro ospedale, si articola nelle seguenti fasi:

1. Definizione linee d'indirizzo e Pianificazione Produzione e Risorse
2. Elaborazione budget
• preparazione scheda
• pre-negoziazione
• analisi delle proposte
• negoziazione
• formalizzazione degli obiettivi
• Comunicazione
3. Gestione budget
4. Valutazione risultati

Contenuto specifico delle fasi ed i soggetti coinvolti

Definizione linee d'indirizzo e Pianificazione Produzione e Risorse (fase n°1)

La definizione delle linee di indirizzo viene fatta sulla base di elementi di pianificazione pluriennale (PAL, Piano Programmatico,...), di elementi contestuali annuali (legge finanziaria, indicazioni regionali, accordi con l'Azienda USL) e di analisi dei bisogni aziendali.

Ne deriva la pianificazione di un piano di produzione, consumi e risorse coerente con la definizione di:

- ✓ ipotesi di equilibrio costi e ricavi,
- ✓ politiche relative ai livelli di produzione,
- ✓ politica di qualità,
- ✓ politica relativa alle risorse umane,
- ✓ linee di innovazione e livello degli investimenti.

Le linee di indirizzo sono formalizzate in un documento (consultabile sulla intranet dell'ospedale) che serve da guida al processo budgetario, in cui vengono esplicitati i riferimenti economico-finanziari, le linee strategiche e gli obiettivi generali e specifici dell'azienda per l'anno in oggetto.

Elaborazione budget (fase n°2)

Preparazione Scheda Budget

Viene elaborata una scheda Budget Dipartimentale, che mantiene il dettaglio per singola unità operativa, in cui la Direzione assegna complessivamente al Dipartimento un obiettivo di produzione.

Allo scopo di valorizzare l'attività erogata dalle unità operative, oltre ai volumi complessivi, sono state evidenziate le

prestazioni ambulatoriali ed i DRG di interesse per l'Azienda (valutati in termini di frequenza, complessità-re-muneratività, specializzazione, tempi d'attesa) rispetto a cui i Dipartimenti dovranno formulare delle proposte.

Al dipartimento è altresì richiesto di esplicitare, relativamente ad ogni area di attività, gli obiettivi di miglioramento della qualità che intende raggiungere nell'anno (intesa come qualità clinica o organizzativa).

Le risorse (beni sanitari, personale e attrezzature/arredi), da correlare agli obiettivi e progetti assegnati, devono essere valutati e proposti dal Dipartimento stesso, insieme al piano di formazione, coerentemente con le indicazioni espresse dalla Direzione nelle linee di indirizzo.

Incontri di pre-negoziiazione:

Il Direttore di Dipartimento convoca un incontro con i vari Direttori di Unità Operativa, alla presenza della Direzione Medica di Presidio, del Controllo di Gestione e del SAIT, in cui vengono illustrati gli obiettivi assegnati al Dipartimento. All'incontro saranno presenti anche i caposala/capotecnici di unità operativa e dipartimento.

In questa fase di consultazione il Direttore di Dipartimento valuta se e come gli obiettivi assegnati possano essere calati a livello di unità operativa in base alle richieste avanzate dai singoli Direttori e quali siano le risorse (beni e risorse umane) necessarie.

Possono essere necessari, inoltre, anche altri incontri collegiali con i Responsabili dei Servizi Logistico Alberghiero, Tecnologie Biomediche, Informatica e Tecnico per valutare le ulteriori richieste rispetto al piano di sostituzioni/acquisti previsto nella scheda budget e con l'Ufficio Sviluppo Organizzativo per valutare il piano di formazione del Dipartimento.

Al termine degli incontri, il Direttore di Dipartimento formula una proposta in termini di produzione/risorse nella scheda budget.

Elaborazione delle proposte dei Dipartimenti:

L'ufficio Controllo di Gestione procede ad effettuare una sintesi delle proposte/risorse indicate dai Dipartimenti al fine di evidenziare, prima della fase di negoziazione, sia i punti critici che i margini di negoziazione rispetto alla compatibilità economica ed agli accordi locali e regionali.

Negoziiazione:

Vengono effettuati gli incontri di negoziazione tra Direttore di Dipartimento e Direzione Aziendale che devono condurre ad un accordo sui seguenti elementi di contrattazione:

- obiettivi di attività e qualità
- costi da non superare e risorse corrispondenti
- progetti da sviluppare

Alla luce dell'esito della negoziazione, il Direttore di Dipartimento convoca un incontro con i Direttori di unità operativa in cui vengono concordati i singoli obiettivi di attività e le risorse correlate assegnate.

Formalizzazione degli obiettivi per unità operativa:

Il Direttore di Dipartimento comunica al Controllo di Gestione la ripartizione degli obiettivi complessivi, approvati in sede di negoziazione, di:

- produzione (punti e prestazioni)
- consumo beni sanitari
- richiesta consulenze/servizi intermedi

per ogni unità operativa del proprio Dipartimento.

Tali obiettivi saranno legati alla retribuzione di risultato e soggetti alla valutazione del Nucleo di Valutazione.

Comunicazione:

Viene stampato il documento finale di budget in cui sono pubblicati gli obiettivi negoziati per l'anno e le risorse assegnate. Tale documento viene trasmesso ai Direttori di Dipartimento, Direttori di unità operativa, Direttori di Servizio, Caposala/Capotecnici d'area, organizzazioni sindacali ed inoltre viene reso disponibile in tutti i punti informativi dell'Azienda.

Viene altresì trasmesso in regione come parte integrante del Bilancio di previsione

Gestione budget (fase n°3)

Una volta conclusa la contrattazione, ogni dipartimento dovrà pianificare il raggiungimento degli obiettivi assegnati (attività e consumi) attraverso la definizione di sotto-obiet-

tivi di breve periodo (step mensili-trimestrali) la cui verifica potrà evidenziare per tempo probabili scostamenti a fine anno rispetto al negoziato.

IL Controllo di Gestione e la Direzione Medica di Presidio forniranno i reports relativi all'andamento dell'attività e dei consumi per unità operativa e dipartimento.

In base alle valutazioni conseguenti all'analisi del 1° semestre (attività, consumi e risorse aggiuntive assegnate), potrà essere prevista una ridefinizione degli obiettivi del budget relativamente a quelle strutture/servizi per le quali si sono verificati in corso d'anno modifiche organizzative, problemi legati a lunghe assenze del personale e fermi macchina, nonché errate previsioni.

Valutazione risultati (fase n°4)

All'inizio dell'anno successivo a quello di budget, viene richiesta ai Direttori di Dipartimento una relazione illustrativa per ogni unità operativa degli obiettivi collegati all'istituto dell'incentivazione e approvati nel documento di budget, contenente gli indicatori di verifica ed i risultati raggiunti.

Tale documentazione verrà trasmessa al Nucleo di Valutazione che opererà le necessarie verifiche.

Il nuovo processo di budget dipartimentale sarà oggetto di verifica nel corso dell'anno alla luce dei risultati e delle eventuali criticità riscontrate. Ciò porterà ad un progressivo miglioramento della procedura attraverso il confronto e la collaborazione di tutte le strutture interne, nell'ottica comunque dello sviluppo di uno strumento importante per la crescita e la responsabilizzazione del dipartimento verso obiettivi comuni.

Elena Costa

Responsabile Controllo di Gestione



Accreditamento: visita sperimentale

17 e 18 gennaio 2001 si è svolta la visita sperimentale di accreditamento presso il Dipartimento di Patologia Clinica.

E' nell'ambito del percorso aziendale di autorizzazione/accreditamento che si inserisce la visita sperimentale di accreditamento del dipartimento di patologia clinica.

La nostra azienda da anni sta definendo e costruendo il proprio sistema qualità, attraverso un lavoro continuo con gli operatori, iniziato prima della emanazione delle direttive nazionali e regionali.

L'anno 1999 ha visto impegnati i servizi di supporto per garantire processi adeguati alle unità operative come previsto dai requisiti regionali.

Nel 2000 invece si è costruita la rete dei referenti aziendali dell'autorizzazione/accreditamento, che ha cominciato a lavorare, in continuità con le norme di buona qualità, sulla costruzione del sistema qualità dipartimentale.

A livello regionale infatti è previsto che l'oggetto della verifica sia il dipartimento con particolare riferimento agli aspetti di gestione trasversali e al coordinamento tra le diverse interfacce.

Le unità operative sono anch'esse verificate sia sui requisiti specifici sia su alcuni punti dei requisiti generali che supportano i processi gestionali e organizzativi. La commissione regionale, formata da professionisti di altre strutture sanitarie sia della nostra che di altre Regioni, è stata nella nostra struttura per 2 giornate.

Il primo giorno (mercoledì 17 c.m.) ha verificato l'adeguatezza dei requisiti generali sia a livello di direzione generale che dipartimentale, compre-

si alcuni servizi di supporto (tecnologie biomediche, servizio acquisti, attività tecniche e servizio prevenzione e protezione). Nella giornata successiva ha verificato tutte le unità operative del dipartimento.

La visita ha avuto carattere sperimentale e quindi ha rivestito una doppia valenza: da un lato l'azienda ha potuto capire a quale punto del percorso di accreditamento è posizionata rispetto ai vari livelli di responsabilità (aziendale, dipartimentale e di Unità Operativa) dall'altro l'Agenzia Sanitaria Regionale ha voluto verificare il percorso per "tarare" sia lo strumento di verifica sia i tempi e le modalità della verifica stessa.

Perché' si è deciso di iniziare il percorso

Sostanzialmente è stata la presenza

rativi più cruciali, valutare e correggere i punti deboli (eventi sentinella, azioni correttive, ecc.), fare ordine fra le procedure delle varie U.O. mediante proficui confronti, eliminare le duplicazioni inutili e utilizzare al meglio le risorse.

Il progetto dipartimentale di accreditamento e' stato portato avanti da un gruppo di lavoro costituito dai RAQ (responsabili di assicurazione qualità) della varie U.O. e dal RAQ dipartimentale, con incontri congiunti nelle fasi decisionali con i Responsabili di U.O. E' stato un progetto dipartimentale presentato in budget.

Quali sono stati i tempi e le modalità utilizzati?

In una prima fase ci si è occupati della definizione dell'organizzazione e del relativo organigramma del dipartimento,

delle funzioni svolte dalle varie figure professionali e dell'individuazione delle interconnessioni coi servizi di supporto.

Successivamente, seguendo la check-list regionale nei requisiti sia di Autorizzazione che di Accreditamento, si è cercato di valutare i punti forti ed i punti deboli del nostro Dipartimento, delle singole U.O. e per quanto ci coinvolgeva, dei servizi trasversali e di supporto.

Abbiamo cercato quanto c'era di già "fatto", per dividerci poi i compiti secondo esperienze già acquisite, maggiori ricadute in

alcune U.O., complessità e interazioni. Abbiamo poi completato le parti carenti o comunque con maggiori debolezze, utilizzando sempre, dove è stato possibile, il concetto della trasversalità dipartimentale.

Quali considerazioni?

E' stato un percorso molto utile ed un momento molto unificante, fonte di positivo confronto e di stimolo tra le diverse U.O. del dipartimento.

Quanto si è prodotto è stato possibile solo col contributo di tutti, sono state valorizzate molte figure professionali che hanno portato un contributo



dell'Anatomia Patologica (certificata ISO 9000 nel giugno '97) a stimolare l'interesse delle altre unità operative verso il sistema di accreditamento regionale, questo sia per valorizzare l'esperienza di professionisti che già avevano in parte sperimentato il modello di costruzione del sistema qualità, ma anche per stimolare le altre unità operative afferenti al dipartimento.

Era ed è infatti convinzione ormai diffusa che attraverso l'impianto del sistema qualità è possibile governare meglio processi gestionali complessi, tenere sotto controllo i flussi ope-



**Visita di verifica al S. Maria Nuova di Reggio
Emilia, Dipartimento di Patologia Clinica
17 - 18 gennaio 2001
Attribuzione dei pesi ai 10 capitoli del modello
dell'accreditamento**



**PUNTEGGIO COMPLESSIVO DI ADEGUATEZZA DELLA STRUTTURA
AL MODELLO DI ACCREDITAMENTO**

83.06%

PUNTEGGI DEI SINGOLI CAPITOLI RISPETTO AI PESI SPECIFICI

• POLITICA	92.50% (10)
• PIANIFICAZIONE	86.99% (12)
• COMUNICAZIONE	96.94% (9)
• STRUTTURA	90.03% (8)
• ATTREZZATURE	88.83% (8)
• FORMAZIONE	85.48% (9)
• SISTEMA INFORMATIVO	82.73% (11)
• PROCEDURE	92.24% (10)
• VERIFICA DEI RISULTATI	63.48% (12)
• MIGLIORAMENTO	60.94% (11)

oltre ad ogni aspettativa, mostrando i risultati degli sforzi fatti da questa Azienda nel coinvolgere, motivare, preparare le persone. Sono emerse competenze gestionali ed organizzative e professionalità che costituiscono una risorsa notevole nel Dipartimento. Alcune riflessioni:

- occorre impegnarsi per evitare doppioni, ripetitività, ridondanze.
- occorre evitare la frammentazione e la parcellizzazione delle procedure, non è interesse di nessun livello di responsabilità avere documentazioni eccessive, diversificate secondo la provenienza, di conseguenza note ai pochi che le hanno elaborate, fonte di confusione per gli utilizzatori, per i servizi di supporto ecc. E' invece molto più utile avere meno procedure possibili, trasparenti sia per gli utilizzatori che per i servizi esterni, definendo a priori a quali livelli si collocano.

E' sicuramente più utile anche per l'azienda che almeno le procedure gestionali siano in massima parte a livello aziendale, quindi non dipartimentali e tanto meno di U.O., per lasciare alle U.O. le procedure operative specifiche e al dipartimento le procedure trasversali del Dipartimento.

Occorre valorizzare il ruolo del RAQ di U.O., e del RAQ dipartimentale, che attraverso il controllo dei processi e le eventuali non conformità costituiscono lo stimolo al miglioramento continuo.

Sempre in questa ottica è importante motivare bene tutte le persone coinvolte nel processo di accreditamento secondo nuovi ruoli e azioni da intraprendere.

Esito della verifica

L'incontro finale con la commissione è stato positivo perché ha consentito un confronto diretto sulle criticità riscontrate su alcuni punti del sistema qualità aziendale/dipartimentale e di unità operativa. La fotografia che ne è scaturita è una fotografia positiva che mette in evidenza una struttura attenta ai bisogni del cittadino-utente, con una buona organizzazione interna supportata dalla documentazione dei processi decisionali, gestionali e operativi. E' stata evidenziato come punto positivo e visibile la partecipazione degli operatori ai processi di lavoro interni. Le criticità segnalate, in termini di miglioramento, riguardano alcuni aspetti della pianificazione, della verifica dei risultati e dei progetti di miglioramento.

La riflessione delle unità operative ha confermato le criticità riscontrate ed è stata da tutti ribadita l'importanza della verifica come momento di confronto,

di riflessione e di "spinta" a fare meglio. Ovviamente l'impegno non è finito, ma è l'inizio del processo di miglioramento su tutto il sistema qualità. Riteniamo pertanto di esprimere viva soddisfazione per il contenuto e l'esito della visita, consapevoli comunque che il nostro impegno non è finito, anzi che il processo di miglioramento del sistema qualità è un percorso che non finisce mai, ma questo è scontato essendo un processo tendente all'eccellenza.

di Maria Brini

Direttore Dipartimento Patologia Clinica

Evandro Nigrisoli

Dirigente Medico U.O. Anatomia Patologica

Mirco Pinotti

Dirigente Medico Direzione Medica di Presidio

Maria Ravelli

Ufficio Sviluppo Organizzativo

Conclusioni

Si propone l'accreditamento del Dipartimento di Patologia Clinica, come descritto nell'allegato Rapporto di verifica, con le seguenti prescrizioni da realizzare a livello dipartimentale e di Unità Operativa entro i termini di un anno:

- a) sviluppo di un sistema di pianificazione organizzativa
- b) sviluppo di un modello organico di valutazione
- c) sviluppo/accelerazione del modello per l'accreditamento della Unità Operativa "Centro Trasfusionale" almeno ai livelli di adeguatezza delle altre Unità operative.

I nuovi ausili per la movimentazione dei pazienti

IN
PRIMO
PIANO

SOLLEVAPAZIENTI

In data 2 febbraio, si è svolto il corso di due ore per la formazione e l'addestramento connessi all'inserimento delle nuove macchine acquisite, rivolto in prima convocazione agli operatori di Medicina 1, Medicina 2, Medicina 3, Lungodegenza, Geriatria, Ortopedia, Rianimazione, con questo tema:

- ✓ sensibilizzazione sui rischi dorso lombari a cui sono esposti gli operatori sanitari,
- ✓ informazione sui principali fattori fisiologici e biomeccanici che intervengono nella movimentazione dei pazienti,
- ✓ informazione sulle funzioni specifiche di utilizzo delle attrezzature,
- ✓ istruzioni per l'uso, esercitazione – simulazioni per apprendere il corretto utilizzo degli ausili,
- ✓ come pianificare l'inserimento delle attrezzature.

Un primo giudizio qualitativo sull'esito del corso è questo:

- hanno partecipato in 44 a fronte di un invito rivolto a 30 operatori,
- l'interesse ai contenuti tecnici esposti è stato alto,
- tutti hanno avuto la possibilità di provare le macchine direttamente sul posto

Il docente, Responsabile della formazione della Ditta Arjo Dott. Claudio Picatti, si è detto disponibile ad un incontro per discutere del percorso formativo sull'utilizzo appropriato dei solleva pazienti, e ci ha consegnato materiale di studio. Inoltre Arjo è disposta a formare due operatori dell'Azienda Ospedaliera che a loro volta formeranno altri operatori.



Sollevamento fra letto e poltrona con corsetto



Sollevamento dal letto con barella a fasce

ROLLBORD

(asse a scivolamento)



Posizionare il paziente sul fianco, far rotolare il Rollbord sotto il corpo e riportare il paziente in posizione supina

Trasferire il paziente, spingendo solo leggermente con ambedue le mani su spalla e anca

Riposizionare il paziente sul fianco e ritirare il Rollbord iniziando dalla parte dei piedi

Nuova acquisizione è anche questa: si tratta di ausili che sfruttano la scorrevolezza di teli in teflon per spostare il paziente in orizzontale con il minimo sforzo; in questo modo si evitano traumi e conseguenti lesioni al rachide dorso lombare sfruttando i muscoli delle braccia.

di Giovanni Guatelli -
Servizio Prevenzione e Protezione
con la collaborazione di
Gian Maria Fantuzzi

Misure di sicurezza nell'utilizzo di attrezzature e impianti elettrici

Abbiamo diffuso da poco alcune istruzioni che divulghiamo ancora per la loro importanza

NORME COMPORTAMENTALI

ATTENZIONE ! L'elettricità è INODORE, INSAPORE, INCOLORE e NON fa RUMORE. L'uomo può avvertire tardivamente la presenza di elettricità, quando si verifica una "ELETTROCUZIONE", comunemente detta "LA SCOSSA"

1. Non effettuare gli interventi di sostituzione di lampade, fusibili, riparazione di impianti o apparecchiature alimentate da energia elettrica: questi sono di esclusiva competenza del personale tecnico, elettricisti specializzati e abilitati. Una riparazione effettuata da personale non competente può accrescere i pericoli
2. Prima dell'uso di qualsiasi apparecchiatura elettrica verificare l'integrità dei cavi di alimentazione, manopole di regolazione e interruttori. Nel caso si riscontrasse qualche irregolarità, non eseguire riparazioni di fortuna e collegamenti improvvisati, ma rivolgersi ai Servizi competenti .
3. Segnalare immediatamente la presenza di difetti nell'isolamento degli apparecchi elettrici (es.: rivestimento usurato dei cavi, spine annerite, ecc.).
4. RICORDARSI DI CHIAMARE SEMPRE L'ELETTRICISTA DI TURNO COMPONENTO IL NUMERO INTERNO 1702
o il cercapersone 2500 diurno - 2502 notturno
5. Evitare l'esposizione a urti, schiacciamenti, dei rivestimenti protettivi dei cavi flessibili e degli apparecchi elettrici.
6. Evitare l'utilizzo di multiple e di adattatori. Possono generare surriscaldamento e conseguenti rischi di incendio; chiedere ai Servizi gli eventuali, idonei collegamenti.
7. Attenersi scrupolosamente alle istruzioni d'uso indicate dal costruttore delle apparecchiature elettriche e rispettare le destinazioni d'uso per le quali sono state costruite. Non toccare pannelli elettrici o dispositivi elettrici di cui non si conosce il perfettamente il funzionamento .
8. Non porre ostacoli davanti ad armadi e quadri elettrici, per consentirne l'apertura; non appoggiare fogli di carta o tessuti (materiale combustibile) su apparecchiature elettriche, impediscono la ventilazione dell'apparecchiatura e creano rischi di incendio.
9. Non toccare dispositivi elettrici o attrezzature alimentate da corrente se si è a contatto con acqua o superfici umide o anche semplicemente con le mani bagnate. Allontanare tutti i contenitori di liquidi dall'apparecchio, se non necessari al suo funzionamento.
10. Prima di estrarre la spina di alimentazione dalla presa spegnere l'apparecchiatura elettrica tramite l'interruttore. Evitare di sottoporre i cavi e le spine a sforzi di trazione: staccare la spina, impugnare saldamente e non tirare mai il cavo di alimentazione.



di Giovanni Guatelli - Servizio Prevenzione e Protezione
con la collaborazione di **Gian Maria Fantuzzi**

ISERVIZI RACCONTANO I S E R V I Z I P R O F I L A S S I M A L A T T I E I N F E T T I V E E P R E V E N Z I O N E D E I R I S C H I O S P E D A L I E R I

Nell'Ufficio, collocato nei locali della Direzione Sanitaria, operano da diversi anni due Assistenti Sanitarie: Daniela Bonvicini e Paola Rotelli.

Vi si svolge attività di profilassi delle malattie infettive e prevenzione dei rischi ospedalieri e ciò in collaborazione con il Servizio di Igiene Pubblica, con il Servizio di Prevenzione e protezione, l'Ufficio Epidemiologico, la Divisione di Pneumologia, di Malattie Infettive, il Servizio di Fisica Sanitaria ecc.

Più in dettaglio, le principali attività svolte possono essere così sintetizzate:

PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE TBC

Mantoux di controllo preventivo e/o a seguito di contatto con soggetti affetti da TBC; vaccinazione antitubercolare obbligatoria per i soggetti cutinegativi (ai sensi dell'art. 10 della legge 14 dicembre 1970 n. 1088).

VACCINAZIONE ANTI HBV

La vaccinazione, a cui ha aderito circa il 90% del personale ospedaliero, non è obbligatoria, ma raccomandata e le A.S. convocano i dipendenti anche per i successivi richiami (ogni 10 anni).

VACCINAZIONE ANTITETANICA

La vaccinazione, obbligatoria per gli operai manutentori, è facoltativa per il restante personale e quindi di pertinenza della USL di residenza.

VACCINAZIONI ANTINFLUENZALI

La vaccinazione è raccomandata per i soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo per cui nel periodo novembre/dicembre, oltre a vaccinare in sede, le A.S. si recano nelle diverse U.O. e nell'ambulatorio che viene appositamente attivato nella sede centrale

PUNTURE ACCIDENTALI

Con sempre maggiore frequenza i dipendenti denunciano punture accidentali o comunque incidenti a rischio biologico.

Poiché la denuncia comporta la compilazione di un questionario, la ricerca del paziente fonte, ricerche sul siero del paziente, del dipendente e l'eventuale inizio di trattamento profilattico, è necessaria la tempestiva comunicazione dell'avvenuto incidente.

CONTROLLO DEI RISCHI PROFESSIONALI

Per ogni Unità Operativa della sede Ospedaliera è stata redatta una mappa di rischio e ad ogni dipendente, già in servizio o nuovo assunto, viene intestato un documento sanitario in cui sono raccolte tutte le informazioni sanitarie che lo riguardano: vaccinazioni, visite preventive, periodiche e specialistiche, idoneità alla mansione specifica ecc.

A questo proposito le A.S., oltre alla tenuta del documento, agli inviti per l'esecuzione degli accertamenti sanitari previsti per tutto il personale, si occupano degli appuntamenti con i Sanitari addetti al controllo: Dott.ssa Leda Ghizzoni - Medico Competente per il personale esposto a rischio biologico, chimico, da movimentazione manuale da carichi, ecc. e Dott. Michele Lacirignola - Medico Autorizzato per il personale esposto al rischio da radiazioni ionizzanti (oltre naturalmente ai rischi prima citati).

Per concludere si ricorda che l'ambulatorio (tel. 6280) è aperto ai dipendenti dal lunedì al venerdì dalle 7.45 alle 13.45 ed il sabato dalle 8 alle 13 mentre l'orario e le giornate in cui è aperto anche il pomeriggio non può essere indicato in quanto, per esigenze di servizio, è suscettibile di variazioni settimanali.



Paola Rotelli



Daniela Bonvicini

**di Daniela Bonvicini
e Paola Rotelli**
Ufficio Assistenti Sanitarie

L'U.O. di Medicina d'Urgenza



L Il reparto di Medicina d'Urgenza è nato nel novembre 1993, ed è dotato di 14 posti di degenza di cui 6 monitorizzabili; dal 1998 sono stati attivati 4 letti di Neurochirurgia per la chirurgia elettiva del rachide. Il Direttore è il Dr Giovanni Baldi; all'interno del reparto lavorano:

- ✓ 12 Infermieri,
- ✓ 1 Capo Sala (Maria Giovinnazzo),
- ✓ 3 medici: di cui uno Responsabile del Modulo di Medicina d'Urgenza (dr Giampaolo Farioli) presente in maniera continuativa e 2 medici a rotazione fra tutto il personale dipendente di ruolo dell'Unità Operativa di Pronto Soccorso-Medicina d'urgenza - Centrale Operativa 118 con turni di 3 mesi l'anno. Nella notte dalle ore 20.00 alle ore 8.00 per i problemi urgenti si fa riferimento ai 2 medici di guardia in Pronto Soccorso,
- ✓ 2 O.T.A. a tempo pieno e 1 part-time che copre il fine settimana.
- ✓ una segretaria che si occupa della gestione delle cartelle cliniche, della corrispondenza del Direttore e dei contatti fra il Dr Ruini (Referente per il settore Neurochirurgico) e gli utenti.

Il reparto è stato suddiviso in due settori (A e B); ogni settore è seguito da 1 infermiere che garantisce un'assistenza personalizzata; ovviamente in caso di urgenze organizzative e/o di emergenze gli infermieri collaborano fra loro. Gli utenti accedono alla Medicina d'Urgenza solo in regime d'urgenza direttamente dal Pronto Soccorso o, limitatamente ad alcune patologie, per trasferimento da alcuni reparti (es. dalla Rianimazione).

La tipologia degli utenti ricoverati nel nostro reparto è varia: vengono ricoverati utenti con patologia traumatica (traumi cranici, traumi toracici, fratture ecc.), urgenze mediche di vario tipo (edemi polmonari, embolie polmonari, dolori toracici, aritmie, ingestioni di farmaci in dosi non terapeutiche, emorragie digestive, sincope, TIA, ictus ischemico ed emorragico, crisi comiziali, cefalee, sincope). L'attività in Medicina d'Urgenza si estende dalla semplice osservazione alla gestione di tecnologie comples-

se quali: pompe siringhe, pompe volumetriche, telemetria, drenaggi e monitoraggi dei parametri vitali. La degenza media è di 3 gior-

ni; una volta stabilizzato l'utente o viene dimesso o se la sua patologia non lo consente, viene trasferito in altro reparto (23% dei ricoveri). Visti i tempi di degenza relativamente brevi è spesso indispensabile programmare un percorso post dimissione per l'esecuzione degli accertamenti necessari per il completamento diagnostico, in ottemperanza alle disposizioni per il follow-up.

Tale procedura implica peraltro un impegno organizzativo complesso per il personale infermieristico e la Capo Sala, che devono provvedere alla raccolta degli appuntamenti affinché al congedo dal reparto l'utente abbia tutto il percorso post ricovero scritto nella lettera di dimissione.

In questi casi poi il personale medico rivede a completamento degli esami la cartella clinica e se del caso prepara una nuova lettera di dimissione.

Il completamento organizzativo dell'iter post-dimissione è a carico della Capo Sala e questo rappresenta uno sforzo organizzativo paragonabile alla gestione di un Day Hospital (il 40% dei dimessi torna per eseguire esami/visite post ricovero).

Alcuni dati del 2000 per la Medicina D'Urgenza

numero totali ricoveri da Pronto Soccorso= 1588
 numero ricoveri ordinari= 8 (rientri per esami complessi)
 numero trasferiti nel nostro reparto da altri reparti= 36
 totale ricoveri= 1632
 numero totale dimessi= 1219
 numero totale trasferiti in altri reparti= 376
 numero totale di decessi= 33

Per quanto riguarda la parte relazionale, visti i tempi di degenza estremamente brevi, il personale infermieristico deve instaurare un rapporto costruttivo e di fiducia con il paziente in tempi molto stretti. Per quanto la Neurochirurgia nei 4 letti a disposizione vengono ricoverate solo le patologie vertebrali d'elezione con modalità di ricovero ordinaria; la degenza media è di circa tre giorni. Le sedute operatorie sono 2 settimanali e generalmente si svolgono il giovedì mattina ed il venerdì pomeriggio. La lista operatoria viene decisa dal Neurochirurgo.

Per garantire un'assistenza adeguata a questa tipologia di pazienti, il personale infermieristico ha seguito dei corsi di aggiornamento specifici per la gestione del post-operatorio.

Alcuni dati della attività di Neurochirurgia del 2000

numero totali ricoveri da Pronto Soccorso= 1
 numero ricoveri ordinari= 205
 numero trasferiti nel nostro reparto da altri reparti= 7
 totale ricoveri= 213
 numero totale dimessi= 201
 numero totale trasferiti in altri reparti= 13
 numero totale di decessi= 0

Parallelamente all'attivazione di questi 4 posti letto non vi è stato alcun adeguamento dell'organico infermieristico e pensiamo che ulteriori implementazioni organizzative debbano prevedere un coinvolgimento degli operatori e la ridefinizione dei carichi di lavoro.

di Maria Giovinnazzo - Caposala U.O. Medicina d'Urgenza

Campani Federica - I.P. U.O. Medicina d'Urgenza

I S E R V I Z I Pneumologia tra presente e futuro

R
A
C
C
O
N
T
A
T
I

Le patologie respiratorie diventeranno entro il 2020 la terza causa di malattia nel mondo (dati OMS), esordiranno già nell'età media e saranno la principale causa di morte negli anziani. Investire risorse sulle strutture ospedaliere che si occupano di malattie dell'apparato respiratorio è un imperativo categorico: le patologie polmonari sono uno degli 'obiettivi saluti' prioritari del piano sanitario della regione Emilia Romagna 1999-2001. E' stata quindi lungimirante la decisione dell'Alta Direzione dell'Azienda di impegnarsi attivamente in osservanza a queste indicazioni.

Da quasi un anno dirigo l'unità operativa di Pneumologia dell'Arcispedale Santa Maria Nuova e da un trentennio mi occupo di pneumologia. Le malattie polmonari e le 'armi' terapeutiche utili per combatterle sono profondamente cambiate nello scorso secolo: fino al dopoguerra la malattia polmonare prevalente era la tubercolosi e luoghi eletti alla sua cura erano sanatori e dispensari anti-tubercolari. Dagli anni '70 in poi bronchite cronica, asma e cancro del polmone sono diventati la sfida pneumologica da combattere. Nell'ultimo decennio del secolo ventesimo l'immigrazione, prevalentemente da paesi extra-comunitari, ha riaperto prepotentemente il capitolo tubercolosi che sembrava ormai concluso. Oggi l'utilizzo di nuove tecniche terapeuti-

che quali l'ossigeno-terapia a bassi flussi e la ventilo-terapia meccanica non invasiva sta avviando anche a Reggio Emilia un nuovo importante capitolo di patologia polmonare: l'insufficienza respiratoria acuta. Per rispondere alle richieste non solo di diagnosi e di terapia ma anche di prevenzione rivolta a quadri morbososi così diversi abbiamo organizzato

ca nella divisione è rappresentata da:

- ✓ **Servizio di Endoscopia Toracica** diretto dal Dr. Agostini in collaborazione con Dr. Lasagni, Dr. Facciolongo e la Dr.ssa M.P. Ruggieri per i lavaggi bronco-alveolari
- ✓ **Servizio di Fisiopatologia Respiratoria** diretto dalla Dr.ssa G. Scacchetti insieme al Dr. Roggeri e Dr. Carbonelli.



La nostra scommessa per il futuro è il **progetto ad alta intensità assistenziale respiratoria** diretto dal Dr. Facciolongo con la collaborazione del Dr. Vezzani e Dr. Carbonelli. Ma le attività che rappresentano il vero nucleo focale della Divisione di pneumologia sono il **Day-Hospital**, abilmente gestito dal Dr. Toffanetti, e

un'attività ambulatoriale 'dedicata' gestita da specialisti che hanno orientato il proprio aggiornamento, la ricerca e la pratica clinica in specifici ambiti di competenza. Oggi l'unità operativa di pneumologia che dirigo spazia nei seguenti settori pneumologici:

- ✦ **asmologia-allergologia respiratoria** (Dr. A. Roggeri, Dr. V. Faraci, Dr. C. Carbonelli)
- ✦ **centro anti-fumo** (Dr. R. Toffanetti)
- ✦ **oncologia polmonare** (Dr. L. Lasagni, Dr. L. Agostini)
- ✦ **TBC** (Dr. L. Agostini, Dr. L. Lasagni)
- ✦ **Disturbi del sonno** (Dr. G. Vezzani, Dr.ssa G. Scacchetti)

La struttura portante della diagnosti-

l'unità di degenza che, con i suoi 38 posti letto, ha nel Dr. A. Roggeri e nel Dr. L. Lasagni importantissimi punti di riferimento. Voglio ricordare inoltre due opportunità di grande importanza strategica presente e futura per il nostro reparto:

- ✓ la collaborazione con l'Istituto di Tisio-Pneumologia dell'Università di Modena e Reggio per la didattica e la ricerca estesa a tutta la componente sanitaria della divisione,
- ✓ le sinergie con tutti i pneumologi dell'USL per garantire integrazione professionale e maggiori qualità e risposta al cittadino-utente.

di Luigi Zucchi

Direttore U.O. di Pneumologia

La professione infermieristica

nella realtà contrattuale e aziendale in cambiamento

Riportiamo un'ampia sintesi della relazione svolta dal Direttore Generale, Dr. Leonida Grisendi, al Convegno "La professione infermieristica nella realtà contrattuale e aziendale in cambiamento", promosso dal Collegio IPASVI che si è tenuto a Reggio Emilia il 15 febbraio 2001.

Nella nostra realtà locale reggiana la contrattazione decentrata ha conseguito un primo risultato con l'intesa preliminare al contratto integrativo aziendale sottoscritto in data 19.12.2000 fra le OO.SS. e le R.S.U. del comparto e le due Aziende sanitarie locali. Si tratta quindi di un tema di particolare attualità, che ha avuto anche qualche elemento di asprezza proprio nei giorni scorsi, in particolare sul tema dell'emergenza infermieristica.

Tralascio in questa sede, per evidenti ragioni, di affrontare quest'ultimo tema, rispetto al quale comunque ribadisco la volontà delle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie reggiane di ricercare ogni intesa possibile sulle questioni in discussione, per delineare brevemente il nuovo quadro normativo e contrattuale e il ruolo dei Contratti Collettivi Decentrati Integrativi.

Due sono state in particolare le novità in questa materia:

1. L'introduzione del contratto decentrato integrativo;
2. L'introduzione di nuove forme di rappresentanza, ed in particolare delle R.S.U.

[...]

Secondo Renato Ruffini, esperto ARAN, che ha raccolto alcune riflessioni sviluppati in uno specifico Seminario sulla negoziazione del contratto decentrato negli Enti Locali tenuto presso l'Università Cattaneo di Castellanza, un buon contratto:

- a. Non deve inserire contenuti non previsti dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) e, in particolare nulla dovrebbe dire in tema di relazioni sindacali;
- b. Deve equilibrare il sistema retributivo tra le diverse voci valorizzando in particolare la retribuzione variabile incentivante ancorata al merito, sulla base di indicatori di risultato specificati a monte e collegati ai sistemi di programmazione e controllo interni;
- c. Dovrebbe gestire la progressione orizzontale solamente attraverso il sistema permanente di valutazione;

d. Dovrebbe definire un sistema di programmazione della formazione basato sui fabbisogni organizzativi correlati allo sviluppo delle strategie aziendali;

e. Nulla dovrebbe dire in tema di particolari posizioni organizzative (se non le risorse economiche ad esse destinate).

La nostra intesa preliminare del 19.12.2000 che richiamavo prima, ha affrontato alcuni temi fra quelli sopra richiamati (quali, ad es.: la progressione economica orizzontale, la progressione verticale, le posizioni organizzative, il sistema di valutazione permanente) rinviando a momenti successivi per ulteriori approfondimenti o per affrontare altri temi.

Come in molti accordi integrativi decentrati non tutti gli elementi positivi sopraindicati hanno trovato accoglienza nella predetta intesa: in particolare si può riscontrare una predominanza degli strumenti orientati all'utilizzo degli istituti contrattuali rigidi rispetto a quelli più flessibili (anzianità rispetto a valutazione, rinvio al 2002 dell'andata a regime del sistema di valutazione). Ritengo tuttavia che il migliore contratto è sempre quello che si è firmato e che, insieme a buoni contratti, oggi occorrono anche buone relazioni sindacali. Ci saranno a breve ulteriori e nuove occasioni per progredire sulla strada intrapresa.

Vorrei però sottolineare il fatto che la contrattazione decentrata non è l'unica occasione per promuovere la funzione infermieristica. Così come vorrei sottolineare che affermare la necessità di una valorizzazione del ruolo infermieristico in questa specifica circostanza potrebbe sembrare un formale ed ossequioso omaggio alle persone presenti ed al tema dell'incontro, dettato da ragioni di calcolata conve-



nienza opportunistica.

Così non è, credo che tutti coloro che operano nell'Azienda ospedaliera di RE abbiano avuto modo di constatare in più occasioni che la politica aziendale è fortemente e realmente orientata in questa direzione.

Segnalo, a questo proposito, che l'occasione della predisposizione dell'Atto Aziendale è stata colta per fare un ultimo passo nella direzione anzidetta. Da Reggio Emilia è stata suggerita l'opportunità di inserire nel Collegio di Direzione (Organo formato, oltretutto dalla Direzione Generale, dai Medici capi dipartimento) anche il Dirigente dei servizi infermieristici e tecnici e la Regione Emilia Romagna ha accolto tale suggerimento contemplando nelle proprie linee di indirizzo rivolto alle Aziende della Regione.

Ovviamente tale scelta è stata compiuta nell'Azienda ospedaliera di RE ed è già praticata dallo scorso mese di ottobre, da quando ciò è stato formalmente istituito il Collegio di Direzione Aziendale.

Oltre alla valorizzazione della Dirigenza infermieristica è oggi indispensabile procedere alla valorizzazione del ruolo infermieristico in quanto tale, sia in considerazione del rilievo universitario che la formazione di tali professionisti ha assunto sia in relazione alla cosiddetta emergenza infermieristica.

Occorre procedere, credo, nelle seguenti direzioni:

✓ Caratterizzare maggiormente il ruolo infermieristico nei riguardi del personale medico e del personale di supporto (OTA – OSS). Occorrerà definire nuovi modelli di organizzazione del lavoro e procedere al riconoscimento di funzioni proprie di autonomia professionale. A tale lavoro si sta dedicando un gruppo di lavoro regionale che è già a buon punto nell'elaborazione di una ipotesi da sottoporre alle Aziende. Su questo tema non mi soffermo ulteriormente anche perché costituisce materia della relazione successiva.

✓ Ricercare strumenti e promuovere iniziative che favoriscano l'iscrizione ai corsi universitari. Sono senz'altro utili a questo scopo il decentramento dei poli e delle sedi formative (decentramento peraltro sostanziale e non soltanto formale, come talora capita), l'orientamento professionale verso la professione infermieristica, la reintroduzione dei riconoscimenti economici e di forme di collaborazione con le Aziende Sanitarie (assegni di studio, contratti

di formazione-lavoro);

✓ Sviluppare la formazione specialistica per gli II.PP, superando quel clima di sospetto e diffidenza con il quale da alcune parti si guarda a questa importante opportunità;

✓ Dare attuazione alle misure compensative per accedere alle qualifiche di OTA (operatore tecnico addetto all'assistenza) e di ADB (addetto all'assistenza di base). È proprio di questi giorni una circolare dell'Assessorato regionale che attiva tale percorso per completare la formazione di base di provenienza, sia essa sanitaria o sociale, per il conseguimento della doppia qualifica OTA – ADB.

✓ Da ultimo, ma non ultimo, riconoscere a questi professionisti un adeguato livello retributivo, commisurato alla formazione universitaria e alle maggiori responsabilità loro attribuite in ambito aziendale (sono peraltro già numerosi gli esempi di casi nei quali essi hanno dimostrato di saper svolgere egregiamente questi ruoli più importanti a livello aziendale). Credo però che questi riconoscimenti debbano avvenire attraverso lo strumento più appropriato per questo scopo: il CCNL. È già in corso un primo passo in questa direzione: la negoziazione in corso sul 2° biennio contrattuale prevede il passaggio degli infermieri dalla categoria C alla categoria D. E' solo un primo passo e altri ne dovranno necessariamente seguire. Credo però che siano da respingere alcuni tentativi di andare in questa direzione attraverso scorciatoie per forzare in sede locale ciò che invece deve formare oggetto, per ragioni più che evidenti, di decisioni uniformi, e finanziate a livello nazionale.

Vorrei a questo punto parlarvi di formazione, percorsi di carriera, valutazione permanente. Poiché ciò richiederebbe molto tempo, ed è anche oggetto di interventi successivi al mio già previsti dall'ordine del giorno dei lavori, preferisco per il momento astenermi dall'affrontare tali argomenti per fare invece alcune brevissime riflessioni conclusive, che non svilupperò ma affiderò alle vostre riflessioni, confidando di poterle riprendere e approfondire con voi in un altro momento.

La prima riflessione che mi viene da fare dopo avere ripetutamente parlato dell'importanza del ruolo dell'infermiere e delle diverse figure della dirigenza infermieristica e delle elevate funzioni di responsabilità che devono essere loro affidate riguarda il "come deve essere" un dirigente in-

fermieristico prima ancora di cosa deve fare. E la risposta che mi do, riferibile peraltro a tutti i dirigenti (e, credo, non soltanto a quelli dei servizi sanitari), è che il loro lavoro è sempre meno una questione di potere sugli altri e sempre più una questione di fiducia negli e dagli altri.

Con una forza lavoro sempre più acculturata, e sempre meno disposta ad "obbedir tacendo", una rete di relazioni sempre più complesse e la necessità di interventi trasformativi dell'organizzazione sempre più numerosi, la tentazione di saltare alcuni passaggi e di agire in modo autoritario può riservare brutte sorprese, allungare i tempi degli interventi e compromettere il raggiungimento degli obiettivi.

Occorre, credo, e qui vi espongo un'ulteriore riflessione, sviluppare una reale capacità di ascolto dei propri collaboratori. Proprio alcuni giorni fa in questa sala, in occasione del frequentatissimo convegno della Parrocchia del S Maria Nuova, evidenziavo la necessità che il personale sia attento all'ascolto del paziente in virtù della considerazione che in sanità il personale deve sempre più essere prestatore d'opera emozionale.

Rispetto ai collaboratori la capacità d'ascolto credo debba esprimersi evitando l'errore, che spesso si commette, di ascoltare per rispondere anziché di ascoltare per capire. Ed è questo che è invece necessario fare per dimostrare ed ottenere fiducia dal proprio interlocutore.

Sempre meno è sufficiente il pur necessario patrimonio di conoscenza tecniche e sempre più è indispensabile sviluppare adeguate capacità relazionali e, come dicevo, emozionali.

Infine vorrei qui sottolineare la necessità che le relazioni tra professionisti, richiamando l'art. 10 del CCNL rispetto al sistema delle relazioni sindacali, siano improntate "ai principi di responsabilità, correttezza, buona fede e trasparenza dei comportamenti ed orientato alla prevenzione dei conflitti".

Il tutto per consentire un confronto aperto e costruttivo, nel rispetto dei diversi ruoli, per favorire un clima di maggiore fiducia reciproca, condizione indispensabile per lavorare con serenità e raggiungere i risultati sperati. Nella convinzione che gli interessi in gioco sono comuni (basta alzare un po' lo sguardo) e che solo lavorando assieme potremo raggiungere gli obiettivi che ci stanno a cuore.

Leonida Grisendi

Direttore Generale

Parliamo di Privacy in Ospedale

Il tema della privacy in ospedale viene affrontato in questo numero con un inserto dedicato, curato da Marina Ferrari, Responsabile della Segreteria Generale.

Abbiamo infatti ritenuto utile per gli operatori un approfondimento a tutto campo sul tema che consenta una conoscenza della normativa in proposito e delle sue essenziali implicazioni nell'ambito specifico del sistema sanitario. Sicuramente l'applicazione delle norme in un'organizzazione complessa e così variegata come l'ospedale, può in qualche caso aprire interrogativi, questioni, richieste specifiche, invitiamo gli operatori che si trovassero in queste condizioni a scrivere alla Redazione di Notizie. La Dr.ssa Marina Ferrari affronterà di volta in volta i temi oggetto d'interesse segnalati.

Fratti Maria Lodovica
Direttore di Notizie

Premessa generale

La legge 31.12.1996 n. 675 (cosiddetta legge sulla privacy) intende offrire tutela alle persone e ad altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali; essa è emanata in adempimento degli obblighi internazionali derivanti dall'Accordo di Shengen, dalla Direttiva Comunitaria 95/46/CE e dalla convenzione del Consiglio d'Europa 28.1.1981 e si rappresenta come un ulteriore passo in avanti della legislazione italiana lungo il percorso della modernizzazione della Pubblica Amministrazione diretta a realizzare rapporti corretti, trasparenti, semplici con i cittadini, quest'ultimi considerati non più come soggetti sottoposti alla potestà autoritativa dello Stato ma "persone", portatrici di interessi, titolari di diritti, detentrici di un ruolo attivo e partecipativo nella vita pubblica.

La Legge 675/96, pertanto, va interpretata nel più ampio contesto della normativa emanata in questi ultimi anni e tesa alla trasformazione dei rapporti tra Stato e Cittadino.

Questa legge assume particolare e rilevante riflesso in campo sanitario ove alla salvaguardia congiunta dei diritti e degli interessi di cui sopra, va ad aggiungersi quella del diritto costituzionalmente protetto alla tutela



24. Giuliano Borghi, *Studio*, 2000

della salute, sia individuale che collettiva e ciò in presenza di una normativa che in funzione appunto della tutela della salute pubblica impone la raccolta, la registrazione e il trattamento di informazioni generali e specifiche sullo stato di salute della popolazione e dei singoli cittadini. L'attuazione della L. 675 in tale contesto risulta difficile e complessa tanto è vero che lo stesso legislatore ha

sentito di dover ulteriormente intervenire con successivi decreti legislativi, introducendo disposizioni correttive ed integrative tese a meglio precisare l'ambito di applicazione della legge in questione.

L'esigenza del rispetto della riservatezza, anche in funzione del rispetto della persona, trova riscontri, anche se non sempre in modo diretto e sistematico, già nella normativa antecedente la legge che stiamo illustrando.

Già la Carta Costituzionale riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nella formazione sociale ove si svolge la sua personalità; riconosce e garantisce la pari dignità sociale dei cittadini di fronte alla legge; sancisce il diritto alla libertà di pensiero o informazione; riconosce la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività facendo espresso di-

vieta a chiunque di violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana; sancisce la libertà dell'iniziativa economica privata ma riconosce ad essa il limite dell'utilità sociale e del recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana.

Il Codice Penale all'art. 622 sancisce il principio del segreto professionale applicabile, in specifico, agli esercenti le professioni e le arti; questo prin-

incipio troverà conseguente riscontro nei codici deontologici dei singoli ordini e collegi professionali.

Il Testo Unico delle Disposizioni relative agli Impiegati Civili dello Stato (D.P.R. 10.1.57 N. 3), tra l'altro, prescrive il rispetto del segreto d'ufficio. La legge n. 98/74 di tutela della riservatezza della libertà e segretezza delle comunicazioni, introduce nell'ordinamento una serie di norme che, in qualche modo, prendono in considerazione "un autonomo diritto alla riservatezza delle proprie vicende personali" così come aveva stabilito la Corte Costituzionale estrapolando l'assunto dai principi fondamentali della Carta Costituzionale stessa.

La Legge 241, del 1990, ridefinisce

un aspetto concettuale del segreto d'ufficio limitandolo agli atti diversi da quelli soggetti ex lege al diritto d'accesso ed eliminando la discrezionalità nel rilascio degli atti - contenenti informazioni e/o dati personali - consentito in tutti i casi non vietati dall'ordinamento. Questa legge opera un sostanziale ribaltamento

di posizioni tra pubblicità e segretezza rendendo la pubblicità la regola e la segretezza l'eccezione.

Ambito sanitario

Nell'ambito specifico del sistema sanitario la tematica in questione viene affrontata, in modo più o meno ampio e specifico, in provvedimenti diversi ma con l'obiettivo comune di contemperare le fondamentali esigenze di:

- ✎ salvaguardare la tutela della salute nel rispetto totale dei diritti fondamentali dell'individuo;
- ✎ tutelare la riservatezza e la dignità delle persone fisiche appartenenti a categorie determinate di destina-

tari degli interventi sanitari garantendone il diritto all'anonimato;

- ✎ garantire la raccolta e la valutazione delle informazioni su situazioni, fenomeni, patologie in funzione della tutela della salute dei singoli e della collettività e della salubrità ambientale.

Abbiamo, quindi, lo Statuto dei lavoratori che vieta al datore di lavoro il controllo sulla infermità del lavoratore impedendogli l'accesso a notizie sullo stato di salute, le leggi n. 833/78, di riforma sanitaria, n. 194/78, concernente la tutela sociale della maternità e l'interruzione volontaria di gravidanza, n. 685/75, modificata dalla legge n. 162/90, concernenti la disciplina delle sostanze stupefacen-

tivi ed epidemiologici, obblighi di raccolta dei dati, registrazione e denuncia degli stessi.

La legge finanziaria per il 1995 prescrive la tenuta presso i Presidi Sanitari di apposita registrazione sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri ordinari preoccupandosi, nello stesso tempo di ribadire gli obblighi di salvaguardia della riservatezza delle persone.

Una tematica recentemente sviluppata e strettamente connessa con il tema del diritto alla privacy e all'informazione è quella del "consenso".

Mentre in passato nel settore sanitario essa ha avuto valenza per quanto

riguarda i trattamenti sanitari volontari, oggi assume una rilevanza maggiore e significativa nel campo dell'informazione in quanto la Legge 675 introduce norme cautelative comprendenti la necessità di disporre del consenso dell'interessato anche per il trattamento dei dati sensibili ovvero di



25. Gianni Caldarini, *Nel bosco*, 1998

ti e psicotrope e la prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza, la legge n. 135/90 in materia di prevenzione e lotta contro l'AIDS, l'art. 734 - bis del Codice Penale che vieta la divulgazione non consensuale delle generalità e dell'immagine della persona offesa da atti di violenza sessuale.

In gran parte della legislazione sanitaria, a partire dalla normativa per la prevenzione delle malattie infettive, fino ai recenti decreti legislativi n. 626/94 recante disposizioni in materia di prevenzione e sicurezza sul lavoro, n. 230/95 sulla tutela dalle radiazioni ionizzanti, sono contenuti, per quanto riguarda aspetti informa-

quelle informazioni che vanno ad incidere in modo particolare sulla riservatezza dei singoli individui o a determinarne rilevanti discriminazioni sociali.

Quest'ultima tematica trova riscontri nel dibattito in corso a livello europeo e in Inghilterra sull'uso dei dati medici a scopo di ricerca, laddove si dibatte se il consenso dell'interessato debba essere ottenuto prima dell'utilizzazione di ciascuna informazione, come vorrebbe la Commissione Europea ovvero sia sufficiente l'autorizzazione della Commissione Etica o si debba ricorrere al consenso preventivo dell'interessato rilasciato in via generale al medico di fiducia o al sog-

getto ufficialmente deputato alla raccolta e conservazione dei dati.

La finalità della L. 675 è quella di garantire che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti delle libertà fondamentali e della dignità delle persone fisiche con particolare riferimento alla riservatezza e all'identità personale e di garantire i diritti delle persone giuridiche e di ogni altro ente o associazione. I contenuti fondamentali della legge e in particolare quelli più strettamente connessi all'attività in ambito sanitario sono esplicitati nelle seguenti definizioni generali:

I destinatari

La legge si applica al trattamento dei dati personali da chiunque effettuato, nel territorio dello Stato, sia con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzato che senza di esso. La norma è diretta sia ai soggetti pubblici che a quelli privati; il trattamento di dati effettuati da persone fisiche per fini esclusivamente personali è escluso dalla legge.



23. Alessandra Binini, *Camiciole di tela ruvida*, 1999

Il trattamento

Per trattamento si intende qualunque operazioni o complesso di operazioni concernenti la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione dei dati.

L'Autorità

La legge 675 istituisce il Garante per la protezione dei dati personali che opera in piena autonomia e con indipendenza di giudizio e di valutazione.

E' organismo collegiale di alta vigilanza eletto dal Parlamento con il compito, tra l'altro, di tenere un registro generale dei trattamenti vigilando sugli stessi, di ricevere i reclami, anche da parte di singoli cittadini, di vietare determinati trattamenti, di adottare specifici provvedimenti in materia e di contribuire a garantire la diffusione e il rispetto della nuova normativa.

Il Garante collabora con l'autorità per l'informatica nella Pubblica Amministrazione ed è consultato dai membri del Governo in sede di predisposizione di atti regolamentari ed amministrativi che possano incidere nella

scano idonea garanzia del pieno rispetto delle disposizioni in materia di trattamento, ivi compreso il profilo relativo alla sicurezza.

Ove necessario per esigenze organizzative possono essere designati Responsabili più soggetti anche mediante suddivisione dei compiti.

Gli Incaricati del trattamento sono coloro che sono tenuti ad elaborare i dati personali ai quali hanno accesso per motivi di servizio; l'elaborazione di tali dati dovrà svolgersi attenendosi alle istruzioni del rispettivo Responsabile.

Con propria pronuncia dell'11.12.97 il Garante ha chiarito che quando il

trattamento sia effettuato nell'ambito di una Pubblica Amministrazione titolare è l'entità nel suo complesso anziché taluna delle persone che operano nella relativa struttura e che concorrono ad esprimere la volontà o che sono legittimati a manifestarla all'esterno. Ciò è anche in linea con la Direttiva Comunitaria 95/46/CE. In base all'organizzazione o alle tipologie di trattamenti, di archivi e di dati

materia.

Titolare - Responsabile - Incaricato
Per Titolare si intende la persona fisica o la persona giuridica o la Pubblica Amministrazione cui competono le decisioni in ordine alle finalità e alle modalità del trattamento dei dati personali, ivi compreso il profilo della sicurezza. Il Responsabile è la persona fisica, la persona giuridica, la Pubblica Amministrazione e qualsiasi altro ente, associazione od organismo preposto dal Titolare al trattamento dei dati personali. Il Responsabile, quando designato, deve essere nominato tra i soggetti che, per esperienza, capacità ed affidabilità forni-

possono inoltre essere individuati particolari e diversi livelli di responsabilità.

Informativa

La Legge all'art. 10 prevede che la persona presso la quale i dati personali sono raccolti sia informata oralmente o per iscritto circa le finalità e le modalità del trattamento dei dati, se il conferimento sia obbligatorio o facoltativo, le conseguenze di un eventuale rifiuto, i destinatari della comunicazione o diffusione, i diritti dell'interessato circa il trattamento dei dati, le informazioni sul Titolare e sul Responsabile del trattamento.

Il consenso

Il trattamento dei dati personali da parte di privati o di enti pubblici economici è ammesso solo con il consenso dell'interessato, espresso liberamente, in forma specifica e per iscritto.

La legge elenca i casi in cui il trattamento è possibile senza preventivo consenso; tra queste:

- ✎ dati raccolti e detenuti per obblighi normativi
- ✎ dati provenienti da pubblici registri, elenchi, atti o documenti che chiunque può conoscere
- ✎ dati da utilizzare a scopo di ricerca scientifica o statistica purché in forma anonima
- ✎ necessità di salvaguardia della vita o dell'incolumità fisica dell'interessato o di un terzo, nel caso in cui l'interessato non possa prestare il proprio consenso, per impossibilità fisica, per incapacità d'agire o per incapacità d'intendere e di volere.

La L. 675, contiene norme particolari, in tema di consenso, agli artt. 22 e 23 concernenti il trattamento dei dati sensibili e cioè dei dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed et-

nica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.

Tali dati sono sottoposti ad un regime particolare; essi possono essere oggetto di trattamento con il consenso scritto degli interessati (il consen-

so espresso documentato per iscritto, previsto per la generalità dei casi, non è sufficiente) o con l'autorizzazione del Garante.

Gli obblighi previsti per il trattamento dei dati sensibili si applicano sia ai privati sia ai soggetti pubblici che, possono eseguire trattamento solo se autorizzati da espressa disposizione di legge in cui siano precisati:

i dati che possono essere trattati, le operazioni eseguibili, le rilevanti fi-

✎ **il principio di condotta** secondo il quale i dati raccolti devono essere trattati in modo lecito e secondo correttezza

✎ **il principio di finalità** secondo cui i dati devono essere raccolti e registrati per scopi determinati, espliciti e legittimi e utilizzati in altre operazioni di trattamento in termini non incompatibili con questi scopi

✎ **il principio di qualità** per il quale i dati devono essere esatti e, se necessario, aggiornati; esattezza e aggiornamento sono requisiti imposti dal legislatore e come tali non rimessi alla discrezionalità del singolo Responsabile.

✎ **il principio di pertinenza** secondo il quale i dati devono essere pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti e trattati

✎ **il principio di conservazione e dell'oblio**, che consacra la regola per la quale i dati devono essere conservati in una forma che consenta l'identificazione dell'interessato per un periodo non superiore a quello necessario agli scopi per cui essi sono stati raccolti e trattati.



26. Eleonora Calestani, *Le mani*, 2000

nalità dell'interesse pubblico perseguito.

Da ultimo è utile estrapolare dall'art.9 della L. 675, perno intorno al quale ruota l'impianto normativo sulla privacy, i principi fondamentali alla base dell'impianto stesso, che devono informare le riflessioni organizzative di chiunque sia Responsabile di un trattamento di dati personali; questi sono:

di Marina Ferrari

Responsabile Segreteria Generale

2001 Formazione: procedura news

Progettazione, gestione e valutazione della formazione permanente e dei programmi di Educazione Continua in Medicina

Ad un anno dalla revisione della Procedura Aziendale della Formazione, segue ora l'ultima versione, che rappresenta un ulteriore stimolo innovativo per lo sviluppo dell'organizzazione e dei professionisti.

La prima applicazione della nuova procedura coincide con i tempi di realizzazione del processo di Budget 2001. Questa simultaneità evidenzia ancor meglio la stretta connessione fra il processo della formazione ed il processo di programmazione Aziendale e Dipartimentale.

La revisione di una procedura che deve descrivere in modo chiaro e completo un processo così complesso come quello della Formazione Aziendale, e quindi della formazione degli operatori che la compongono, comprendendo tutte le professionalità e tutti i livelli di responsabilità, richiede necessariamente una grande attenzione all'integrazione delle strutture organizzative che sono coinvolte nello sviluppo del processo formativo.

Dopo circa otto mesi, attraverso diverse occasioni di coinvolgimento e di integrazione degli attori maggiormente interessati, la nuova procedura è ora disponibile.

Attori coinvolti:

Rete Aziendale della Formazione (Responsabili Dipartimentali della Formazione Medici/Infermieristici/Tecnici, Animatori di formazione Medici/Infermieristici/Tecnici), Ufficio Sviluppo Organizzativo, Direzione Sanitaria, Direzione Amministrativa,

Direzione Medica Di Presidio, Servizio Assistenza Infermieristica Tecnica, Servizio Gestione del Personale, Servizio Sviluppo Risorse Umane, Servizio di Informatica.

Di seguito verranno riportati alcuni elementi della procedura particolarmente significativi e sono inoltre esclusi gli allegati.

Si può accedere alla procedura, comprensiva degli allegati, attraverso INTRANET. Questo è il percorso:

[http:// intranet/UfficiStaff/USO/Formazione/Procedura e Modulistica](http://intranet/UfficiStaff/USO/Formazione/Procedura e Modulistica)

Il Processo:

La procedura presuppone l'applicazione di un modello che responsabilizza la rete aziendale della formazione a livello dipartimentale e dei Servizi trasversali, e richiede una forte integrazione fra i referenti e gli animatori di ed i responsabili del management ai diversi. La scelta di considerare la formazione come un investimento da negoziare, richiede una stretta correlazione fra gli obiettivi di mantenimento e/o di sviluppo delle attività dei contesti organizzativi, ed i bisogni formativi da identificare.

Come si osserva nella flow-chart (vedi pagina seguente), il processo inizia con la definizione da parte della Direzione Aziendale, delle **Linee di indirizzo aziendali** e dei relativi obiettivi di formazione. Gli obiettivi di formazione possono riferirsi a progetti di formazione trasversali all'Azienda oppure a progetti che dovranno essere realizzati dai singoli Dipartimenti.



In coerenza con le linee di indirizzo aziendali vengono, per ogni ciclo di budget, identificate delle **priorità di formazione trasversali** alle diverse articolazioni orga-

nizzative, per le quali la Direzione Aziendale affida direttamente la responsabilità di realizzazione di specifici progetti formativi di interesse comune. A partire dalle Linee di Indirizzo Aziendali, e tenendo conto delle priorità già individuate a livello trasversale, ogni Direzione di Dipartimento dovrà formulare proprie **Linee Guida** per gli investimenti formativi e identificare i relativi **Obiettivi Dipartimentali**, sulla base di un'analisi dei fabbisogni.

Gli investimenti in formazione così identificati, sia a livello trasversale di Dipartimento che delle sue articolazioni organizzative interne, dovranno essere correlati con gli obiettivi di mantenimento/sviluppo/innovazione, quantitativi e qualitativi, dichiarati nella scheda di budget del Dipartimento.

Tutto il processo interno al Dipartimento dovrà essere prodotto con evidenza documentale, per rispondere ai requisiti previsti per l'area "Formazione" dal Sistema Qualità del Programma di Accreditamento Regionale.

La progettazione e la realizzazione dei singoli Progetti Formativi, approvati nel Piano della Formazione negoziato dalla Direzione di Dipartimento,

F dovranno inoltre essere adeguate
O agli standard previsti per il ricono-
R scimento dei crediti formativi dal
M Programma Nazionale di Educazio-
A ne Continua in Medicina, varato dal
Z Ministero della Sanità sulla base di
I indicazioni dell'Unione Europea.

O Nel suo complesso, la rete costituita
N dai **Responsabili Dipartimentali** e
E dagli **Animatori di Formazione**, sia
medici che infermieristici/tecnici,
rappresenta il principale supporto per
il Consiglio di Dipartimento nello
sviluppo delle linee guida e nella
composizione di un quadro di fabbi-
sogno complessivo per gli investimen-
ti in formazione.

**Il Direttore di Dipartimento. il Re-
sponsabile Infer-
mieristico/Tecnico
di Dipartimento ed
i due Responsabili
Dipartimentali della
formazione (me-
dico e infermieristi-
co/tecnico) dovran-
no analizzare partico-
larmente i bisogni
formativi trasversa-
li al Dipartimento,
considerando il po-
tenziale di sviluppo
organizzativo e pro-
fessionale presente
nei percorsi forma-
tivi interprofessiona-
li.**

E' richiesta l'eviden-
za del coinvolgi-
mento degli opera-
tori nella rilevazio-
ne del bisogno for-
mativo, sia a livello
di Reparto/Servizio
che di Dipartimen-
to, in quanto è requi-
sito richiesto dal
Programma Regio-
nale di Accredita-
mento.

OPPORTUNITA' FORMATIVE CHE VANNO A COSTI- TUIRE IL PIANO DI FORMAZIONE

Le opportunità for-
mative utili a soddi-
sfare i bisogni di for-
mazione, che posso-
no essere inserite in

Budget si riconducono principalmen-
te a:

⇒ **Formazione organizzata all'inter-
no dell'Azienda: Corsi interni, in-
contri di studio, workshop mono-
tematici, attività di revisione pe-
riodica e discussione dei casi, e,
in generale, tutte le tipologie pre-
viste dal Programma nazionale di
ECM, a livello di Reparto/Servizio,
a livello di due o più reparti di un
Dipartimento, trasversali al Dipar-
timento, a livello di due o più Di-
partimenti diversi, a livello azien-
dale trasversale.**

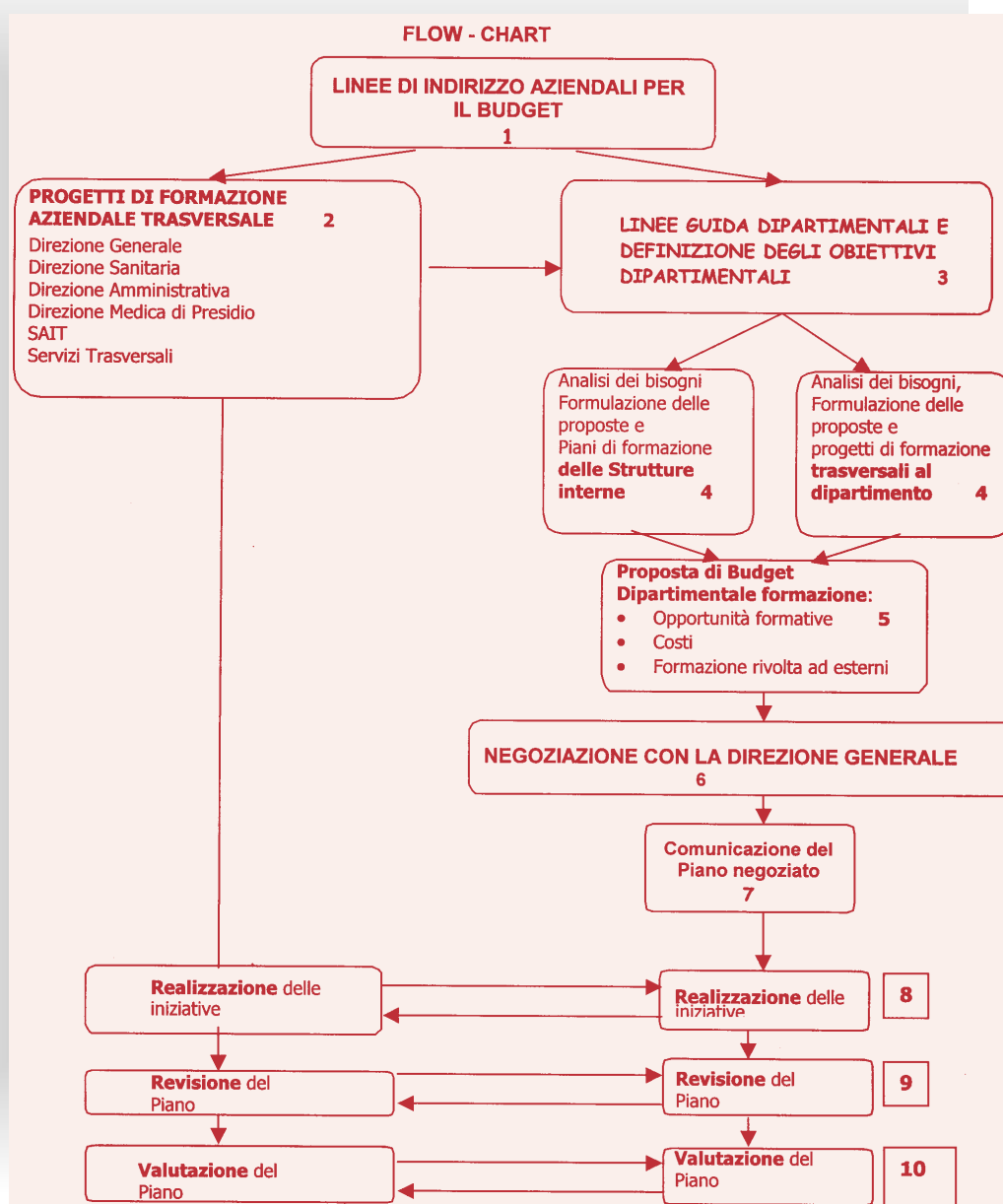
⇒ **Formazione fruita all'esterno del-
l'Azienda di interesse del Diparti-
mento: Stage (frequenza presso al-**

tri Enti o Aziende Sanitarie ove vi
siano già implementate tecniche e
metodologie di comprovata quali-
tà, sia in territorio nazionale che este-
ro), **Corsi teorico-pratici, Convegni,
congressi, seminari, meeting,
workshop e giornate di studio** e, in
generale, tutte le tipologie previste
dal Programma nazionale di ECM.

Costi per la formazione

Pesare i costi della formazione (diret-
ti, indiretti, motivazionali) è un ele-
mento che, se applicato, può garan-
tire maggiormente la coerenza fra
obiettivi formativi e realtà organiz-
zativa.

Ogni Dipartimento dovrà presentare
un unico Piano di formazione dipar-
timentale corrispondente ad un bud



get economico complessivo, che comprende la formazione del personale dirigente e del personale appartenente al comparto di tutte le strutture organizzative interne.

Formazione individuale, a richiesta del singolo operatore

Oltre alla formazione già inserita e finanziata nei Piani Dipartimentali, ogni operatore, come prevedono i contratti di lavoro, può fare richiesta al proprio Responsabile, di partecipare, utilizzando una quota del proprio debito orario, a iniziative di formazione, esterne all'Azienda, da lui individuate come utili per lo sviluppo della propria professionalità.

La valutazione del diretto responsabile dell'équipe della quale l'operatore fa parte (o comunque del diretto superiore) è richiesta in merito a:

- la possibilità, in relazione ai piani di lavoro dell'équipe, di assentarsi nel periodo richiesto senza che ciò impatti negativamente con l'attività di servizio programmata
- la possibilità, nel rispetto delle norme contrattuali, del riconoscimento dell'orario di servizio.

FORMAZIONE RIVOLTA A PERSONALE ESTERNO ALL'AZIENDA

Le iniziative rivolte a personale esterno all'Azienda, potranno essere realizzate solo se in pareggio economico. A tale proposito occorre quantificare attentamente tutte le spese relative all'organizzazione dell'iniziativa (segreteria organizzativa, programmi, spedizioni, pubblicizzazione, gestione diretta dell'evento, documentazione, docenza, affitto sale, affitto strumenti didattici).

L'Ufficio Sviluppo Organizzativo fornirà il supporto necessario per la progettazione e la realizzazione. Tutte le iniziative rivolte a personale esterno sanitario dovranno essere accreditate secondo la procedura ministeriale.

NEGOZIAZIONE DEGLI OBIETTIVI E DEL FINANZIAMENTO CON LA DIREZIONE GENERALE

Gli investimenti in formazione verranno negoziati all'interno del Budget annuale del Dipartimento. Per quanto attiene gli aspetti di negoziazione eco-

nomica legati alla formazione, ogni Dipartimento avrà a disposizione un finanziamento predefinito.

Una ulteriore quota di finanziamento per investimenti in formazione potrà essere negoziata dal Dipartimento con la Direzione Aziendale, su specifici progetti e priorità di innovazione e sviluppo.

COMUNICAZIONE DEL PIANO DI FORMAZIONE DIPARTIMENTALE

Ogni Dipartimento dovrà individuare le modalità più opportune che contemplino l'evidenza di tale fase del processo.

REALIZZAZIONE DELLE INIZIATIVE DI FORMAZIONE DEL PIANO DI FORMAZIONE DIPARTIMENTALE

- ✓ Per quanto riguarda la gestione amministrativa relativa alla realizzazione degli eventi formativi si fa riferimento ad azioni, moda-



lità e responsabilità indicate in allegato alla procedura

- ✓ Per quanto riguarda la gestione del processo, dalla progettazione alla realizzazione dell'intervento formativo, alla sua valutazione si fa riferimento alle modalità e alle responsabilità previste in capo al Responsabile del Progetto Formativo dal Programma Nazionale per l'Accreditamento (E.C.M.).
- ✓ Per quanto riguarda la procedura di accreditamento degli eventi formativi, i Referenti Dipartimentali della Formazione riceveranno il codice di autorizzazione per l'accesso alla registrazione nel sito del Ministero delle Sanità.

REVISIONE DEL PIANO DI FORMAZIONE DIPARTIMENTALE

Ogni Dipartimento dovrà produrre report periodici (almeno semestrali) relativi alla valutazione dello stato di avanzamento delle iniziative presenti nel Piano di formazione Di-

partimentale e avrà a disposizione dal Controllo di Gestione la rendicontazione periodica dei costi realizzati.

Qualora la Direzione Dipartimentale valuti la necessità di integrare il proprio Piano di formazione con nuove iniziative, dovrà prima di tutto considerare la possibilità di convertire iniziative già presenti nel Piano per evitare la necessità di ulteriori finanziamenti. Nel caso ciò non sia possibile, potrà richiedere una integrazione del Piano di formazione dipartimentale attraverso una negoziazione specifica con la Direzione Aziendale.

VALUTAZIONE

La fase della valutazione degli eventi formativi rimane la più critica, soprattutto per quanto riguarda la **valutazione dell'apprendimento e la valutazione della ricaduta organizzativa**. Nella procedura aziendale della formazione è presente il questionario che può essere utilizzato per la valutazione di gradimento dell'iniziativa, già questo è un livello di valutazione significativo. Anche il secondo livello di valutazione, cioè il livello di valutazione dell'apprendimento, è da considerare importante, anche perché è requisito per l'attribuzione dei crediti formativi nella procedura Ministeriale per l'Educazione Continua in Medicina.

La valutazione di ricaduta organizzativa è ovviamente un livello di valutazione molto importante, ma anche particolarmente complesso.

L'evidenza della valutazione di ricaduta degli eventi formativi è un requisito richiesto dall'Accreditamento Regionale.

Si sottolinea infine, che allegate alla procedura, sono ora disponibili le nuove disposizioni relative alla gestione della modulistica inerente la formazione.

Come in ogni cambiamento lo sforzo di ognuno dovrebbe dirigersi verso l'attenzione a rilevare punti di forza e punti critici di ciò che è mutato.

Da parte nostra è garantita la disponibilità a rendere più semplice ed efficace possibile il percorso che ci attende.

**Marzia Prandi,
Maria Fontanesi,**

Ufficio Sviluppo Organizzativo



E.C.M. Educazione Continua in Medicina

Programma Nazionale per la formazione continua degli operatori della Sanità

Lista Eventi già valutati

TITOLO	DATA INIZIO	DIPARTIMENTO	CREDITI FORMATIVI
Corso di Ecografia Tiroidea Diagnostica ed Interventistica	07/03/2001	Area Medica 1 ^	16
Corso di Ecografia di Pancreas e Surreni	09/03/2001	Area Medica 1 ^	4
Corso di Aggiornamento in Tecniche di Endoscopia Toracica	04/04/2001	Area Medica 2 ^	4
Corso di Aggiornamento in tecniche di ventilazione meccanica non invasiva	05/04/2001	Area Medica 2 ^	3
Medicina respiratoria nuovi orientamenti nella prevenzione, diagnosi e terapia	04/04/2001	Area Medica 2 ^	9
Corso BLS esecutori	12/02/2001	Area Critica DEU	8
Revisione tra clinici di pazienti con neoplasie toraciche complesse	07/02/2001	Area Chirurgica 1 ^ Area Medica 1 ^ Patologia Clinica	30
Corso di formazione continua sulle sindromi coronariche acute	13/02/2001	Area Critica	15
Workshop di emodinamica	16/02/2001	Area Critica	19
Ciclo di seminari monotematici in Radioterapia Oncologica	28/02/2001	Diagnostica per Immagini	7
Evidence-based Medicine della terapia della osteoporosi	11/04/2001	Area Medica 1 ^	1

Lista Eventi da valutare

TITOLO	DATA INIZIO	DIPARTIMENTO
Stage di Ecografia Tiroidea e Paratiroidea Diagnostica ed Interventistica	01/02/2001	Area Medica 1 ^
7° Corso avanzato in chirurgia della tiroide	02/04/2001	Area Chirurgica 2 ^
Corso di BLS pediatrica	04/06/2001	Area Critica DEU
Introduzione all'audit clinico e all'evidence based medicine	07/02/2001	USO Direzione Medica di Presidio
La Sincope e le Sindromi Coronariche Acute	12/05/2001	Area Critica
Progetto di formazione intervento per la qualità clinica rivolto ai referenti dipartimentali	08/02/2001	USO Direzione Medica di Presidio
Retrainig Basic Life Support esecutore	26/02/2001	Area Critica DEU
Corso 'L'accoglienza :un'assistenza basata su una relazione efficace '	27/02/2001	Materno Infantile
Revisione di casi ematologici complessi	18/06/2001	Patologia Clinica Area Medica 1 ^
Gestione del paziente neurochirurgico nel P.S. e Dip. Emer.Urg. di R.E.	08/02/2001	DEU
Defibrillazione manuale precoce	26/02/2001	Area Critica

La Commissione Nazionale per la Formazione Continua sta esaminando le richieste di accreditamento degli eventi formativi che si svolgono da Febbraio a Giugno 2001. Abbiamo inviato al Ministero della Sanità, via Internet, 22 richieste di accreditamento; ad oggi sono stati valutati 11 eventi formativi, i restanti sono stati assegnati al valutatore (Commissione).

I crediti assegnati, essendo riferiti ad un evento rientrante nella fase sperimentale, ossia dal 1° gennaio al 30 giugno 2001, non sono tuttavia utili per il conseguimento dell'ammontare dei crediti formativi di cui all'articolo 16-ter del decreto legislativo n.502 del 1992 e successive modificazioni.

La fase sperimentale del Programma ECM riguarda esclusivamente i laureati in Medicina e Chirurgia e Odontoiatria. E' essenzialmente diretta a validare la procedura di valutazione degli eventi formativi e di attribuzione dei crediti formativi.

In un secondo tempo, apportate le correzioni suggerite dalla fase sperimentale, il Programma ECM, verrà esteso, con le opportune specificità, a tutte le categorie professionali operanti in Sanità.

Gli eventi valutati nella fase sperimentale, sono comunque di grande utilità per-

ché permettono alla Commissione di mettere a punto criteri oggettivi nell'interesse degli organizzatori, dei medici e degli altri operatori sanitari interessati. I criteri definitivi di valutazione saranno resi noti non appena stabiliti.

L'avvio della fase a regime è previsto per il 1° luglio 2001.

Ogni evento formativo organizzato dall'Azienda, presente nel Piano di Formazione Dipartimentale e Aziendale, che si svolgerà dopo tale data, sia esso interno od esterno all'Azienda, come pure le iniziative di formazione rivolte a personale esterno, dovranno essere valutate per l'attribuzione dei crediti formativi (vedi Procedura Aziendale della Formazione).

Per essere continuamente aggiornati consultare <http://intranet>

di Marzia Prandi - Ufficio Sviluppo Organizzativo

L'attualità delle cure palliative

Tema delle cure palliative ha conquistato negli ultimi tempi le prime pagine dei giornali nazionali in occasione dell'approvazione da parte della commissione sanità del Senato della Repubblica della legge che facilita e snellisce le procedure per la prescrizione dei farmaci antidolorifici contenenti oppiacei. Ma l'obiettivo fondamentale di tutti noi non può essere quello di risolvere drasticamente (di prevenire, si direbbe) il problema emergente di pratiche illecite (o comunque deontologicamente quanto meno controverse) di eutanasia (diretta o indirettamente favorita), come sembrerebbe emergere dalla lettura di troppo semplicistici titoli di giornale: non crediamo - a tale proposito - che il sottotitolo di un articolo del quotidiano "la Repubblica" del 25/1/2001: "Passa la legge. Veronesi: «Un antidoto contro l'eutanasia»" abbia interpretato correttamente il pensiero dell'attuale Ministro della Sanità. Si tratta infatti piuttosto ed in primo luogo di assicurare un ultimo scorcio di vita dignitoso e qualitativamente accettabile a persone affette da malattie inguaribili e dunque colpite da molteplici sintomi, in primis da dolore fisico ma all'interno di uno stato di "sofferenza" che non risparmia nessuna parte né del corpo né della mente.

La formazione degli operatori

Nell'Autunno 2.000 si è svolto il Secondo Corso di Formazione sulle Cure Palliative organizzato dall'Azienda USL di Reggio Emilia e, come già l'anno precedente, la partecipazione è stata numerosa ed interessata. Il successo innegabile di tale iniziativa scientifico-didattica dimostra come gli organizzatori - operatori sanitari locali e colleghi (Pieran-

tonio Magnani, Anna Maria Marzi ed altri) il cui impegno su questi temi e con questo tipo di pazienti è ben noto - abbiano saputo tempestivamente cogliere il maturare di un problema prima che esso divenisse di moda e dunque in certo senso abbiano saputo precorrere i tempi, perché se è vero che le cure palliative al malato terminale sono da sempre parte rilevante del lavoro dei sanitari (quali i medici di medicina generale, gli infermieri professionali del servizio domiciliare e dei reparti d'ospedale, gli oncologi, gli internisti, i radioterapisti, gli anestesisti che si occupano di terapie antalgiche ed altri ancora) è

pensare che un operatore unico riesca ad essere il portatore specialistico di tutte le conoscenze atte a meglio "accompagnare" il paziente che, neoplastico o no, sia giunto ormai alla fase terminale del decorso di una grave malattia, ad una fase cioè in cui appaia scontata e condivisa da tutti (dagli operatori sanitari, dai familiari e - in un futuro di maggiore consapevolezza della propria verità di malattia - dal paziente stesso) una prognosi infausta a breve termine. In questo senso sembra esserci bisogno, più che di una nuova figura specialistica, di un vero e proprio team multidisciplinare per le cure palliative (come è scritto a

pag. 160 del Piano Sanitario Regionale 1999-2001, all'interno del paragrafo espressamente dedicato ad un programma speciale per l'istituzione del cosiddetto "hospice", quale struttura dedicata al malato in fase avanzata).

La "dignità" delle cure palliative

Colpisce ad una prima lettura nel suddetto Piano Sanitario Regionale, nello stesso capitolo sopra richiamato, l'affermazione esplicita che le strutture dedicate alle cure palliative debbano avere "la medesima dignità" delle altre disci-

pline mediche. Ma riflettendo non si può negare l'opportunità di tale sottolineatura. La sofferenza dell'ammalato a volte viene (inconsapevolmente) da noi tutti considerata in modo diverso a seconda che sia oppure non sia disponibile una prassi terapeutica in grado di guarire quella malattia o almeno di modificarne in misura significativa la storia naturale: ancora troppo guardiamo alla sola malattia e non anche all'ammalato nella sua globalità. Detta in parole crude: la sofferenza di chi ha qualche possibilità di guarire (o non morire) non è qualitativamente superiore né



Il personale dell'U.O. di Lungodegenza

innegabile che molto resta ancora da fare dapprima in termini di confronto delle esperienze e dunque di razionalizzazione di esse e successivamente attraverso la costruzione e l'adozione condivisa di linee guida e comportamenti omogenei e attraverso la realizzazione di una vera rete di istituzioni (dotate della necessaria flessibilità) e di operatori (resi esperti dalla formazione specifica ricevuta), in grado di rispondere in tempo reale ed in modo qualitativamente adeguato ai bisogni complessi di questi pazienti. E' difficile oggi, in base all'attuale organizzazione dei saperi sanitari,

C è più degna d'essere "accompagnata" e dunque resa più sopportabile attraverso la compartecipazione (tecnica ed umana) di tutti noi (operatori, familiari, volontari) rispetto alla sofferenza di chi non ha più chances. **P** Nel paragrafo sulle cure palliative il Piano Sanitario Regionale 1999-2001 pone l'accento tanto sul supporto psico-sociale (e sull'attenzione ai familiari che assieme agli operatori sanitari si prendono cura del paziente) quanto sugli interventi medici, volti al controllo della sintomatologia del paziente e dunque al miglioramento della sua qualità di vita piuttosto che ad un'impossibile prolungamento della vita stessa; ciò risulta per altro coerente con quanto affermato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1990 a proposito delle cure palliative, da intendersi come "l'assistenza (care) globale, attiva, di quei pazienti la cui malattia non risponda ai trattamenti curativi". Sebbene prioritariamente si faccia riferimento ai pazienti affetti da neoplasia, viene riconosciuta la legittimità d'estendere la sfera delle cure palliative anche ad ammalati in fase terminale affetti da cardiopatia cronicamente scompensata, da malattie cerebro-vascolari e del sistema nervoso centrale, da malattie dell'apparato respiratorio, da nefropatia cronica non ulteriormente dializzabile, da AIDS ed anche ad anziani in stato di avanzato decadimento delle loro condizioni generali.

La costruzione della rete integrata provinciale

E' iniziata nella nostra provincia la costruzione della rete integrata per le cure palliative. Il domicilio resta il luogo più naturale ed adeguato per l'ammalato in fase terminale. I medici di Medicina Generale, il personale infermieristico del Servizio per le Cure Domiciliari (operante sotto forma di Nuclei di Cure Primarie) ed il Servizio Socio-assistenziale saranno anche per il futuro un vero caposaldo per le cure palliative all'ammalato che continua a vivere nella sua abitazione circondato dall'aiuto e dal conforto dei familiari. Va valorizzata e facilitata la collaborazione delle organizzazioni di volontariato; esse già ora possono avvalersi, per le funzioni d'integrazione e di raccordo, del Centro Servizi del volontariato. E' ormai in fase di apertura (e costituisce la vera novità del momento) l'Hospice Territoriale di Albinea, denominato "Casa Madonna dell'Ulivo". Esso rappresenterà un punto di riferimento, quale esperienza avanzata ed innovativa, per gli operatori sanitari e per i volontari dediti all'assistenza degli ammalati in fase avan-

zata o terminale della loro malattia.

Le cure palliative in ospedale

Sappiamo che l'accesso all'ospedale del paziente che già si trova nella fase delle cure palliative avviene spesso per la riacutizzazione dei sintomi, meno frequentemente per necessità diagnostiche residue o interventi terapeutici (medici o chirurgici) programmati. Il successivo percorso, una volta superata la fase dell'acuzie e compiuto o avviato a compimento il residuo iter diagnostico, dovrà convergere nella direzione della dimissione "protetta", sotto la forma della attivazione della assistenza domiciliare ingratata. E' importante al proposito che i Sanitari dell'ospedale prendano contatto per tempo con il Centro Unico per le Cure Domiciliari (CUCD) e che si abbia un primo incontro collegiale, prima della dimissione o almeno all'atto della stessa, che veda la compresenza dell'infermiere del Nucleo di cure primarie, del medico di Medicina Generale, dell'assistente sociale e degli operatori sanitari dell'ospedale.

I Dipartimenti Medici I° e II° dell'Arcispedale Santa Maria Nuova sono attualmente la sede di più frequente ricovero per riacutizzazione sintomatologica del paziente affetto da malattia già diagnosticata, non più suscettibile di trattamento terapeutico mirato alla guarigione ed ormai giunta in fase molto avanzata (e dunque con prognosi quoad vitam presumibilmente non favorevole e a breve termine).

Le cure palliative intraospedaliere devono trovare dunque un primo livello di attuazione sotto la forma della RETE degli operatori sanitari (infermieri e medici) che già ora si occupano di questi pazienti nei rispettivi reparti d'appartenenza. E' opportuno identificare referenti per ciascun reparto a costituire un COORDINAMENTO interno con le finalità di: diffondere tra i medici, gli infermieri e gli altri operatori sanitari una maggiore sensibilità verso i molteplici problemi del paziente giunto nella fase delle cure palliative, uniformare le procedure comportamentali degli operatori costruendo linee guide e percorsi in spirito di condivisione, sulla base delle acquisizioni scientifiche già validate.

Fa parte integrante del Dipartimento Area Medica I° l'Unità di Lungodegenza Postacuzie. Tale struttura semplice dipartimentale, dotata di 26 posti letto, provvista di personale dedicato (non cioè condiviso con altre unità operative) ed inserita all'interno del sistema di copertura e di guardia medica internistica di 24 ore su 24 di cui il Dipartimento Area Medica I° è dotato, già ora accoglie per

trasferimento un'elevata percentuale di pazienti (neoplastici e non) giunti in fase terminale di malattia. Rappresenta dunque per molti aspetti il luogo più idoneo per fornire (in questa fase della evoluzione organizzativa del nostro ospedale) l'assistenza complessa di cui alcuni di questi pazienti abbisognano. Va sottolineato che lo stesso Piano Sanitario Regionale 1999-2001 ipotizza la collocazione più appropriata per le cure palliative nell'ambito di una "struttura per postacuti". Il trasferimento in Lungodegenza Postacuzie di pazienti in fase terminale di cui non sia possibile giungere alla dimissione dall'ospedale rappresenta in definitiva una opportunità razionale ed adeguata.

Occorrerà - quale necessità inderogabile - realizzare un team multidisciplinare per le cure palliative, che comprenda quali figure mediche, oltre all'internista e al geriatra (operanti nei rispettivi reparti di medicina interna, di geriatria, di lungodegenza in cui si trovi caso per caso ricoverato il paziente), l'oncologo e il radioterapista (per assicurare la continuità e la trasmissione delle informazioni sui trattamenti svolti), l'anestesista (per la sua competenza altamente specialistica nell'ambito delle terapie antalgiche "invasive" e di particolare complessità) e quali figure non mediche lo psicologo, il fisioterapista, l'assistente sociale ed altri ancora, sottolineando comunque la centralità indiscutibile della assistenza infermieristica per il tipo di paziente che stiamo considerando.

Il suddetto team dovrà attivarsi secondo progetti e modalità predeterminati di approccio interdisciplinare e non solo in base alle richieste di consulenza da parte del medico espressamente dedicato all'attività del reparto in cui il paziente si trova ricoverato.

E' l'intero ospedale, inteso come corpus di professionisti, che può trovare, in una sua struttura ad hoc dedicata (nell'ipotesi attuale la Lungodegenza, per i casi a più alta complessità e di più difficile o impossibile dimissibilità, a prefigurare un futuro hospice intraospedaliero), la opportunità d'esprimere al meglio le proprie professionalità, su un tipo di paziente che più di ogni altro ha bisogno di una integrazione di apporti specialistici e al tempo stesso di operatori dedicati che sappiano coltivare il senso di un approccio olistico alla persona gravemente ammalata o morente.

di Sergio Maccari

Direttore U.O. di Lungodegenza

Iva Manghi

Direttore Sanitario

L'Hospice di Montericco



Casa Madonna dell'Uliveto

Sta per iniziare un importante servizio per le famiglie reggiane particolarmente provate per l'assistenza ad un malato di tumore in fase avanzata.

Aprirà fra pochi giorni la Casa Madonna dell'Uliveto, un servizio di accompagnamento e sollievo del malato oncologico grave e della sua famiglia

L'Hospice, o Centro residenziale di cure palliative, rappresenta un intervento integrativo all'assistenza domiciliare e ospedaliera. E' una struttura finalizzata all'ospitalità assistita, per un periodo temporaneo, di pazienti oncologici terminali (= prognosi di 3-4 mesi di vita), nei momenti difficili. Lo scopo delle Cure palliative è di controllare anzitutto il dolore e rispondere ai bisogni fisici, psichici, spirituali e sociali del malato e della sua famiglia, quando le chemioterapie e radioterapie volte alla guarigione o al rallentamento della malattia sono esaurite.

Vuol essere anzitutto un supporto al malato per accompagnarlo nel tratto finale della vita ad una morte serena e dignitosa, ma vuole essere anche un aiuto alla famiglia in difficoltà.

L'Hospice ha caratteristiche di comfort sullo stile familiare con una capienza di **12 posti-letto**. Ad ogni paziente viene offerta un'assistenza personalizzata dal Medico di famiglia coadiuvato da un'équipe infermieristico-assistenziale e altri operatori (Oncologo palliativista, psicologo, assistente sociale, assistente spirituale, volontari, FKT).

L'assistenza è gratuita in quanto la Casa è convenzionata con l'AUSL di Reggio E.

In questi giorni si stanno elaborando le procedure per l'ospitalità in Hospice che saranno sperimentate nei primi mesi di accoglienza.

REQUISITI PER L'ACCESSO

1. Prognosi malattia oncologica 4 mesi
2. Residenza a Reggio Emilia e provincia da 12 mesi
3. Volontà del paziente e consenso al programma di cure palliative
4. Paziente non in fase agonica.

La proposta di assistenza in Hospice è effettuata dal Medico di famiglia del malato.

L'Hospice garantisce le stesse prestazioni diagnostiche e terapeutiche del domicilio.

L'ospitalità di norma sarà assicurata per un tempo di uno-due mesi; due posti saranno disponibili per pazienti privi di supporto familiare.

Criteri di priorità

- ✓ Provenienza dal domicilio
- ✓ Indice di Karnofsky inferiore a 50
- ✓ Sollievo temporaneo alla famiglia dal carico assistenziale
- ✓ Famiglia disponibile a riaccogliere il malato a domicilio
- ✓ Condizioni economiche disagiate

Percorso **OSPEDALE - HOSPICE**
MEDICO OSPEDALIERO

↓
ASS. SOCIALE

↓
Centro Unico Cure Domiciliari di DISTRETTO

↓
INCONTRO DI VALUTAZIONE
AL LETTO DEL PAZIENTE

Medico Ospedaliero
Medico di famiglia
Servizio Infermieristico Domiciliare
Referente HOSPICE



Casa Madonna dell'Uliveto

di Anna Maria Marzi - Direttrice Hospice

I N B R E V E Poliambulatori: ***L'Accettazione si rinnova***

Vestito nuovo per l'accettazione dei Poliambulatori. Vestito luccicante. E' più bello? Giudicate anche voi: può essere anche solo questione di gusto, il bello rimane comunque sempre bello, nessuno davanti ad un quadro del Caravaggio può dire che è brutto ma davanti alla nostra accettazione cosa si può dire?

Per noi "è finalmente", si lavora meglio, in modo più dignitoso.

Rimane, attualmente, il problema dell'insonorizzazione in quanto la parte del front-office non è divisa dal back-office e nello spazio, pur bello ma piccolo dove lavorano 6 o 7 persone, parlano, usano computer e stampanti creando nell'ambiente un rumore di fondo notevole e di disturbo.

Secondo l'opinione dei nostri utenti il nuovo look è bello, luminoso e permette un miglior rispetto della privacy.



Per comunicare con l'accettazione per l'esterno tel. 0522-296227, dall'interno 5999.

di Catia Colli, Ileana Fantini - Poliambulatori



Indagine Eurisko

Cosa pensano gli utenti sulla qualità dei servizi di ricovero e cura.

E finalmente ecco, una sintesi dei risultati dell'Indagine Eurisko!

L'indagine regionale, commissionata all'Istituto di ricerca Eurisko, aveva lo scopo di valutare la qualità dei servizi di ricovero e cura forniti ai pazienti ricoverati nel nostro ospedale. Più approfonditamente gli ambiti di valutazione sono stati i seguenti:

- Accesso all'ospedale: tempi, mezzi utilizzati;
- Ricovero: durata, reparto, esperienze pregresse;
- Valutazione dell'esperienza di ricovero;
- Valutazione del personale in generale e analitico, collegata anche alle informazioni ricevute durante il ricovero;
- Valutazione degli aspetti organizzativi. Visite ai parenti;
- Valutazione degli ambienti;
- Valutazione dei servizi di contorno: qualità cibo, servizi in camera, ecc.;
- Informazioni conclusive sui risultati del ricovero e suggerimenti/critiche;
- Informazioni di contesto: dati socio-demografici, motivo del ricovero, ecc,

L'indagine era rivolta a tutti i pazienti in ricovero ordinario, dimessi che avevano trascorso almeno 24 ore in ospedale.

Il periodo di rilevazione è stato dal 20 settembre 1999 al 13 febbraio 2000 con un'interruzione per le vacanze natalizie.

La ricerca si è svolta in due fasi che si alternavano con cadenza settimanale:

- **fase postale** con consegna del questionario,
- **fase telefonica** con raccolta dei nominativi e recapiti telefonici per poi essere richiamati da un operatore dell'Eurisko che faceva un'intervista telefonica.

Hanno partecipato all'indagine 33 re-

parti raggruppati in 6 macro-aree di specialità così definite:

- **Medicina generale:** medicina I, medicina II, medicina III, geriatria, angiologia e medicina d'urgenza,
- **Medicina specialistica:** cardiologia I, cardiologia II, dermatologia, ematologia, endocrinologia, malattie infettive, medicina nucleare, nefrologia e dialisi, neurologia, pneumologia, reumatologia, neurotraumatologia,
- **Chirurgia generale:** chirurgia I, chirurgia II, degenza breve chirurgica,
- **Chirurgia specialistica:** chirurgia toracica, chirurgia vascolare, ginecologia, oculistica, ortopedia e traumatologia, otorinolaringoiatria, urologia,
- **Ostetricia:** ostetricia, nido,
- **Pediatria:** pediatria, neonatologia e neuropsichiatria infantile.



Risultati

L'Eurisko ha fornito un rapporto dove sono stati analizzati e prodotti i risultati delle interviste telefoniche, in quanto la fase telefonica ha ottenuto il maggior tasso di risposta e un minor numero di risposte mancanti alle domande del questionario. Questo ha permesso un'elaborazione più significativa dei dati raccolti.

Appunto, cominciamo col mettere in evidenza le percentuali di riscontro delle interviste telefoniche effettuate:

Tabella 1: Adesioni e riscontri per aggregazioni di reparti

	Telefonica	
	Adesioni % ¹	Riscontri % ²
Medicina generale	23%	16%
Medicina specialistica	59%	45%
Chirurgia generale	74%	53%
Chirurgia specialistica	51%	38%
Pediatria	33%	26%
Ostetricia	39%	22%
% totale ospedale	44%	32%

Nonostante l'ampia variabilità tra le macro-aree (dal 16% della medicina generale al 53% della chirurgia generale) la percentuale ospedaliera di interviste eseguite sul totale dei dimessi si attesta intorno al 32%. Nella fase postale si è avuta invece una percentuale di restituzione dei questionari compilati uguale al 21%, molto simile alla percentuale ottenuta con le nostre precedenti indagini "La sua opinione sul nostro ospedale".

Oltre all'analisi descrittiva, l'Eurisko ha utilizzato tecniche statistiche più sofisticate per individuare i punti prioritari da conservare e/o migliorare per ciascuno degli ambiti di valutazione e sia per il livello generale che per le macro-aree. Emerge una situazione di sostanziale eccellenza su tutti gli ambiti di valutazione della qualità:

- ➔ Per gli aspetti concernenti il personale e l'organizzazione l'assoluta maggioranza (il 90%) ha espresso giudizi ottimi,
 - ➔ Per gli aspetti relativi agli ambienti ed ai servizi di contorno è la percentuale di risposte ottime si abbassa intorno al 75%.
- Per quanto l'analisi dei punti di forza e di debolezza, essa mette in evidenza su quali ambiti intervenire per migliorare il servizio e su quali attuare azioni di mantenimento. Il quadro risultante è il seguente:

**Punti di forza e di
debolezza prioritari**

Punti di forza		Punti di debolezza
<i>Eccellenti</i>	<i>Migliorabili</i>	
✓ Personale (medici ed infermieri)	✓ Qualità del cibo	nessuno
✓ Gentilezza e cortesia del personale	✓ Qualità degli ambienti	
✓ Tempestività della presa in carico del paziente	✓ Spazi disponibili	
✓ Continuità dell'assistenza post-ricovero	✓ Disponibilità dei servizi igienici	
✓ Pulizia degli ambienti		
✓ Comodità dei letti		

Per maggiori approfondimenti si può consultare il sito intranet alla voce NEWS dei Servizi di Staff, oppure fare riferimento al rapporto completo dell'Eurisko, in consultazione all'Ufficio Sviluppo Organizzativo. Il rapporto in nostro possesso presenta i risultati per le macro-aree, lasciando ampio spazio alle elaborazioni più approfondite. E' importante sottolineare che prima di effettuare qualsiasi elaborazione ad hoc, verrà valutato che i dati per reparto permettano valutazioni significative della qualità percepita.

Sviluppi Futuri

Da questa esperienza regionale è nato un questionario omogeneo, più snello, che può essere utilizzato per indagini periodiche nel nostro ospedale e che essendo unico, a livello regionale, permette di effettuare confronti territoriali delle valutazioni della qualità percepita dagli utenti.

Ulteriori sforzi si faranno per costruire questionari sia per i servizi clinici (ad esempio il centro prelievi) che per i day-hospital.

Per l'anno in corso è prevista almeno un'indagine aziendale sulla soddisfazione degli utenti sui servizi di ricovero e cura.

Più autonomia sarà data ai reparti nell'utilizzo di questi strumenti di indagine per l'autovalutazione e nell'individuazione di alcune priorità da monitorare per poi attuare azioni di miglioramento.

Debora Formisano - Ufficio Sviluppo Organizzativo



Benvenuto Prof. Veronesi



Le fotografie si riferiscono alla visita compiuta dal Ministro della Sanità, Prof. Umberto Veronesi,
il 7 marzo 2001 all'Arcispedale S. Maria Nuova.



Spedizione gare: via e-mail



Nello scorso mese di dicembre il Servizio Acquisti ha richiesto a **tutte le ditte iscritte all'"albo fornitori aziendale"** (circa 900) di **fornire l'indirizzo e-mail** al quale poter trasmettere già dai primi mesi del 2001 richieste di **preventivo, comunicazioni varie e soprattutto inviti a gare.**

La risposta delle ditte all'iniziativa è stata in alcuni casi addirittura **"entusiasta"** e da parte di molte aziende l'utilizzo di tale strumento è stato **vivamente caldeggiato**, (...siamo o non siamo nel terzo millennio !!!) e per una volta (diciamolo) molti sono stati i complimenti ricevuti.

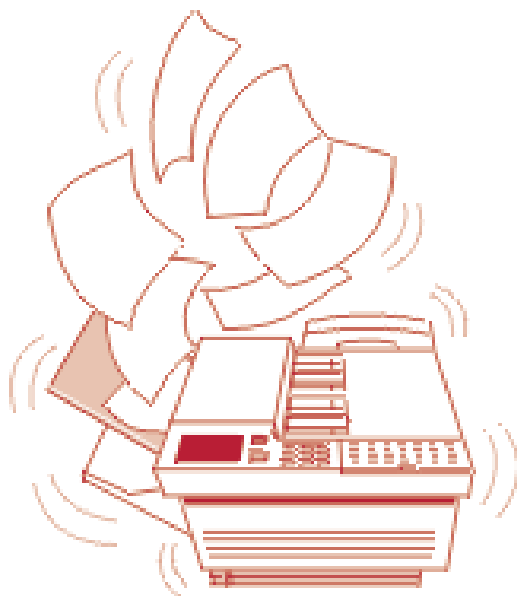
Ottenuti gli indirizzi e-mail, si è compilato l'**apposito campo** creato nella **scheda fornitori del programma ALBO** con i dati forniti dalla quasi totalità delle ditte iscritte (circa 700 risposte).

Dopo la raccolta e la digitalizzazione dei dati, modificate alcune funzioni del programma ALBO per permettere l'inoltro automatico degli inviti, si è dato il via all'uso della posta elettronica come mezzo preferenziale di contatto col fornitore.

Le diverse problematiche inizialmente riscontrate si sono man mano risolte, anche con la fattiva collaborazione del Servizio di Informatica e della Ditta Sinfo deputata all'assistenza del programma "Albo Fornitori", e i risultati ottenuti, solo dopo poche settimane, stanno dando grande soddisfazione anche agli operatori in partenza più scettici o poco avvezzi all'uso del mezzo informatico.

Premettendo che ogni gara comporta, mediamente, l'interpello di circa 10 ditte e l'inoltro alle stesse di docu-

mentazione (lettera invito, capitolato, allegati tecnici...) composta da singoli plichi non inferiori agli 8 fogli (alcune gare raggiungono record di 20/25 fogli e più), tutti possiamo comunque renderci conto dei vantaggi che tale metodologia comporta.



Riassumiamo in sintesi alcuni passaggi della spedizione di una gara: metodo tradizionale

- ✘ Inserimento dati gara su programma albo con stampa etichette ditte da invitare
- ✘ Passaggio della cartella di gara all'Ufficio Segreteria per la spedizione
- ✘ fotocopie do-



- ne (dalle 80 alle 250 copie circa)
- ✘ confezionamento manuale della gara (buste, etichette indirizzi...)
- ✘ raccolta delle buste da parte del fattorino
- ✘ consegna all'ufficio postale per la spedizione con affrancatura pari a £.2.400 (prioritaria inferiore a 100 gr.) oppure posta ordinaria £.1.800 per singolo invito
- ✘ Recapito dell'invito al fornitore dopo 24 ore per la posta prioritaria e entro 5/7 giorni (si spera) per la posta ordinaria

Via e-mail

- ✘ Inserimento dati gara su programma albo
- ✘ Spedizione automatica dei files relativi alla documentazione di gara in contemporanea alle ditte selezionate con un semplice doppio





clic sull'icona "SPEDISCI PER E-MAIL"

- ✎ Recapito immediato al fornitore, attestato dalla notifica del Server
- ✎ Eventuale gestione dei messaggi di errore dell'inoltro di e-mail

Dalla grossolana analisi sopra riportata, i vantaggi dal punto di vista organizzativo, il risparmio in termini di tempo, di materiali e di personale sono già evidenti, ma saranno sicuramente ancor più apprezzabili nei prossimi mesi.

La Rete si rivela anche il Servizio Acquisti uno straordinario laboratorio in cui sperimentare idee innovative: dopo questa prima soddisfacente fase si intende sviluppare ulteriormente il sistema degli approvvigionamenti con l'utilizzo della posta elettronica e di INTERNET.

Attualmente è in corso in maniera assolutamente sperimentale una gara che prevede anche il ricevimento delle offerte tramite e-mail.

Le problematiche in questo caso sono veramente le più disparate e le eventuali soluzioni sono da testare e valutare con molta attenzione (ad esempio: il protocollo, la segretezza dell'offerta, l'apertura ufficiale dell'offerta)

Un altro aspetto da studiare nei prossimi mesi sarà l'acquisto con il metodo dell' E-COMMERCE (o commercio elettronico) e delle ASTE on-line.

Per quanto riguarda il settore Sanitario, diversi sono i Portali che si stanno attrezzando per rendere a breve disponibile la gestione degli acquisti tramite INTERNET e il Servizio Acquisti si è già registrato in diversi Siti per essere informato sugli sviluppi del sistema e per partecipare a simulazioni e sperimentazioni.

Certo ci rendiamo conto che per arrivare a tanta informatizzazione saranno da risolvere non i soli problemi tecnici ma anche mentalità e abitudini consolidate difficili da cambiare, ma visto che la strada da seguire è ormai indicata sicuramente non ci arrenderemo!

Si riportano di seguito alcuni siti di interesse:

www.e-sanita.com

www.medstoxx.it

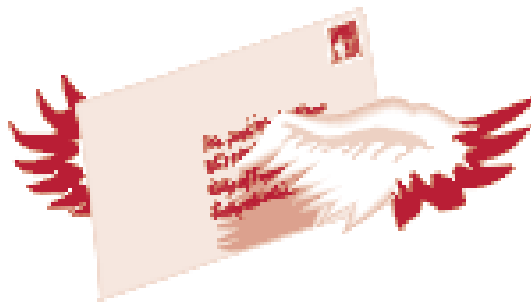
www.ocoit.com/aia

www.metabenessere.it

www.faremarket.it

Vanna Pinotti

Servizio Acquisti



25 Marzo: Giornata Nazionale della Donazione d'organi e tessuti

In occasione della Giornata Nazionale per la donazione d'organi e tessuti presso l'Ufficio Informazioni/URP dell'Arcispedale S. Maria Nuova e all'ingresso del Padiglione Spallanzani si raccoglieranno le manifestazioni di volontà alla donazione.

PRESENTAZIONE LIBRO



Autore: Giovanna Artioli
Editore: Area Qualità

La professione infermieristica sta attraversando un momento di profonda evoluzione e cambiamento. Anche i processi di formazione di questa professione hanno subito, negli ultimi anni, profonde trasformazioni. Per poter capire e gestire il cambiamento, forse è utile andare alla tradizione, cioè ad alcune note storiche essenziali che costituiscono la memoria del gruppo professionale. Oggetto del presente lavoro, pertanto, è la formazione infermieristica considerata nel suo sviluppo storico e secondo un quadro di riferimento sovranazionale.

CONVEGNI

O
N
V
E
G
N
I



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

U.O. di Endocrinologia
Corso

**ECOGRAFIA TIROIDEA
DIAGNOSTICA ED
INTERVENTISTICA**

Corso satellite
**ECOGRAFIA DI PANCREAS E
SURRENI**

Sala Convegni
Spallanzani



12/05/2001

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

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

Hotel Astoria Mercure - R.E.



4/5-04-2001

Dipartimento Area Medica 2 ^
U.O. di Pneumologia

Congresso Nazionale
**MEDICINA RESPIRATORIA
NUOVI ORIENTAMENTI
NELLA PREVENZIONE,
DIAGNOSI E TERAPIA**

Hotel Astoria Mercure - R.E.