

L'OSPEDALE

TRIMESTRALE DI IGIENE, TECNOLOGIA, MANAGEMENT
DEGLI OSPEDALI E DEI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI



Periodico dell'ANMDO

ASSOCIAZIONE NAZIONALE

MEDICI DIREZIONI OSPEDALIERE

ORGANIZZAZIONE

L'Ospedale oltre i dipartimenti

ORGANIZZAZIONE

Il budget nelle aziende di produzione e nelle aziende sanitarie: due realtà a confronto

LEGISLAZIONE SANITARIA

La donazione d'organi e tessuti: una normativa in evoluzione

PROGRAMMAZIONE

L'ordinamento del S.S.N. fra competenze dello stato e competenze delle regioni

MANAGEMENT

La day surgery dell'azienda ospedaliera "Ospedale San Carlo Borromeo" di Milano

RUBRICHE

Orizzonti



EDICOM

edicom@iol.it • <http://www.gsanews.it>

Filtri
Pall Aquasafe.
Perché a volte anche
l'acqua può
uccidere.

New!



La certezza del nostro di filtrare l'acqua: dal nostro controllo di ogni processo di filtrazione, dalla progettazione, alla produzione, alla distribuzione, alla consegna, alla gestione, alla manutenzione, alla sostituzione, alla gestione dei rifiuti. La nostra certezza è la nostra garanzia.

La nostra certezza è la nostra garanzia, e la filtrazione è la nostra certezza.

Pall ha preso da tempo in considerazione il problema ed ha realizzato il filtro **Aquasafe U1**, specifico per eliminare la contaminazione da Legionella ai punti di erogazione dell'acqua.

Aquasafe U1 è studiato per costituire una barriera assoluta contro il batterio della Legionella. Ha una durata di 14 giorni e fornisce una garanzia di eliminazione certificata del 100%, contemporaneamente ad altre malattie di suo corrente, che non garantiscono la sicurezza totale e prevedono costi molto elevati.

Pall è anche in grado di offrire un servizio completo, che comprende il controllo relativo al punto d'uso, la sostituzione periodica del filtro, il controllo della contaminazione, la certificazione dei prodotti.

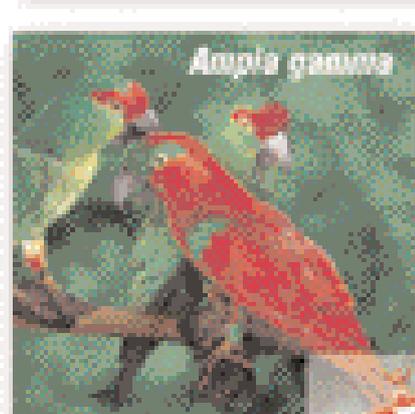
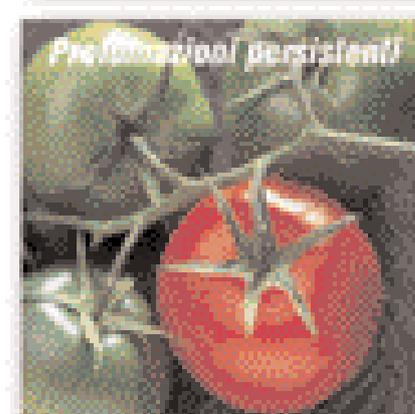
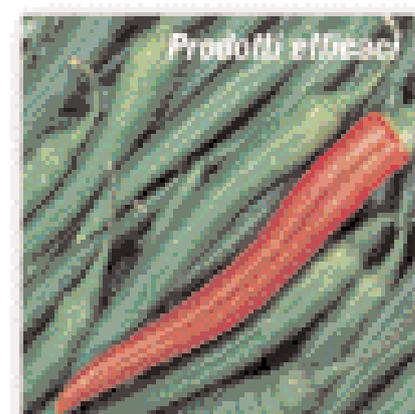
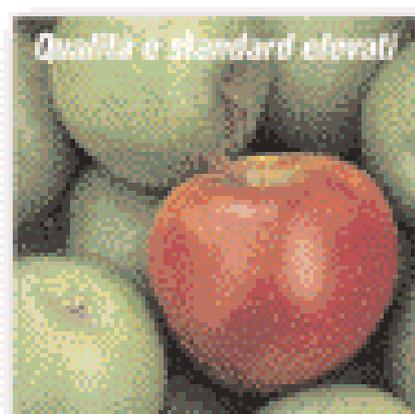
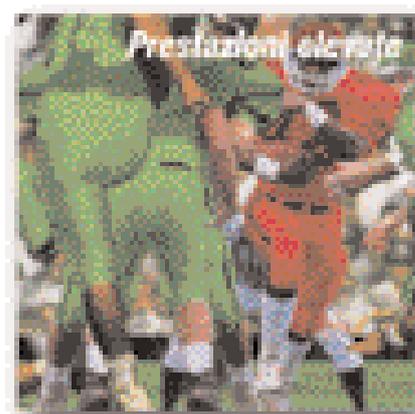
In azienda Pall, oltre a mettere a disposizione tutta la propria esperienza nel controllo della contaminazione nell'acqua, nell'aria e nei gas, si propone all'ospedale come un partner per un servizio globale, di alta qualità e sicurezza.

(1) Amplicon e Controllo della Legionella. Linee guida della Regione Lombardia - Vol. 10

Pall Aquasafe è la soluzione necessaria e definitiva dove è indispensabile la protezione totale del paziente.

PALL Life Sciences

Detergenza a colori



 **tana**
WERNER & MERTZ
fa la differenza





SOMMARIO

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz - Anno LV - Numero 1 Gennaio-Marzo 2002

Direzione, Amministrazione, Redazione e Pubblicità
EDICOM s.r.l.

Sede legale: via Zavanasco, 2
20084 Lachiarella (MI)

Sede operativa:

Via Alfonso Corti, 28 - 20133 Milano

tel. 02 70 63 36 94 - 70 63 34 29

fax 02 70 63 34 29

e-mail: edicom@iol.it

http://www.gsaneeds.it

Direttore responsabile: Ilva Gottardi

Direttore editoriale: L. Renzulli

Comitato di direzione: U.L. Aparo, A. Biomonte, P. Caltagirone, B. Cavallotti, A. Cavoli, A. Cestroni, C. Del Giudice, B. Falzea, G. Fontana, L. Jacomelli, G. Finzi, K. Kob, F. Longanella, U. Podner Koramomj, L. Renzulli, E. Rizzato, G. Schirripa

Comitato editoriale: U.L. Aparo, C. Del Giudice, G. Finzi, K. Kob, A. Marcolongo, G. Pelissero

Segreteria e diffusione: Barbara Amoruso

Hanno collaborato

K. Kob, G. Pelissero, P. Tanini,

A. Antognozzi, A. Sarti, A. M. Pietrantonio, R. Stacca,

L. Fornelli, A. V. Anania, P. Caltagirone,

S. Carabellese, E. Maltagliati, V. Berta, L. Federico

Abbonamenti

ITALIA ANNUO € 30,99

EUROPA

PAESI EXTRA EUROPEI € 103,29

Copia € 1,29

C.C.P. 38498200

fotolito e stampa:

T&T STUDIO - MILANO

GRAFICHE JODICE - ROSATE (MI)

Autorizzazione del tribunale di Milano n°264 del 04/05/2001.

La pubblicità non supera il 45% del numero delle pagine di ciascun fascicolo della rivista.

Testata in fase di certificazione secondo il regolamento

C.S.S.T. (Certificazione Stampa Specializzata Tecnica)

Tiratura del presente numero 5.000 copie

© Copyright EDICOM s.r.l. - Milano

ASSOCIATA A.N.E.S.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA



"Ai sensi dell'art. 2 comma 2 del codice di deontologia relativo al trattamento dei dati personali nell'esercizio dell'attività giornalistica, si rende nota l'esistenza di una banca-dati personali di uso redazionale presso la sede di Via Alfonso Corti, 28 - Milano. Gli interessati potranno rivolgersi al responsabile del trattamento dei dati sig. ra Barbara Amoruso presso la sede di Milano Via Alfonso Corti, 28 per esercitare i diritti previsti dalla legge n. 675/967"

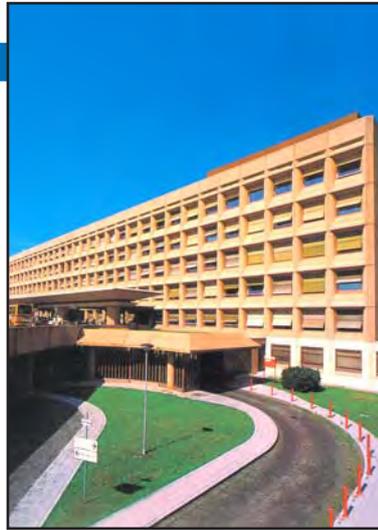


foto copertina:
Azienda ospedaliera di alta specializzazione "Santa Maria della Misericordia" Udine

EDITORIALE

7

ORGANIZZAZIONE

L'Ospedale oltre i dipartimenti

8

ORGANIZZAZIONE

Il budget nelle aziende di produzione e nelle aziende sanitarie: due realtà a confronto

16

LEGISLAZIONE SANITARIA

La donazione d'organi e tessuti - una normativa in evoluzione

24

PROGRAMMAZIONE

L'ordinamento del S.S.N. fra competenze dello stato e competenze delle regioni

30

MANAGEMENT

La day surgery dell'azienda ospedaliera "Ospedale San Carlo Borromeo" di Milano

40

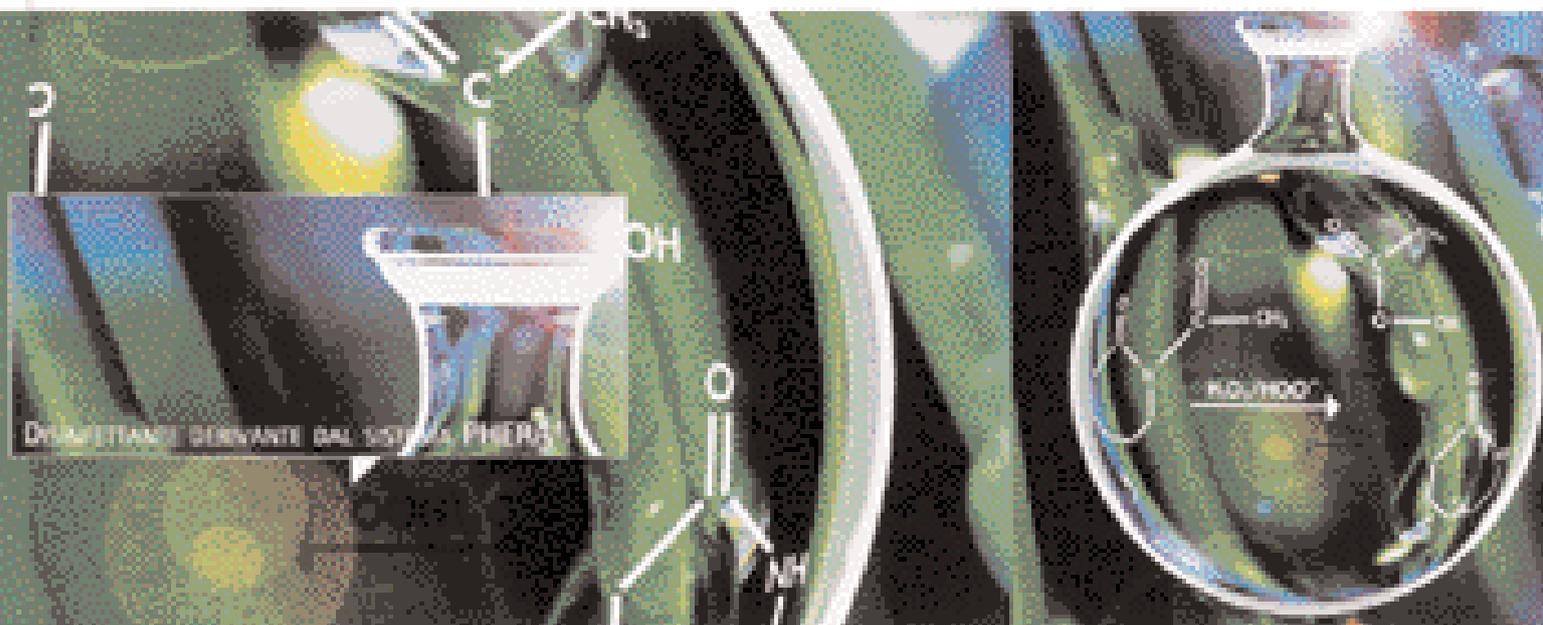
RUBRICHE

ORIZZONTI

50

Anioxyde 1000

PER DISPOSITIVI MEDICI TERMOSTABILIZZATI



La disinfezione non sarà mai più come prima...

ACIDO PERACETICO: l'alternativa alla GLUTARALDEIDE

Innovativo

Anioxyde 1000 è un prodotto totalmente innovativo, derivante dall'evoluzione del sistema PERACT, vale a dire una formula contemporanea in fase liquida, di Radical Acetic, cioè, nel caso di Anioxyde 1000, una produzione controllata contemporanea di acido peracetico a partire da acrilammide/acetone.

Sicuro

Anioxyde 1000 è, a tutt'oggi, la soluzione ottimale che combina efficacia e tolleranza all'uso.

affidabile

Dalle cartine di controllo al permesso di restare, con continuità l'efficacia di Anioxyde 1000.

rapido

Tempi di contatto raccomandati:

Battericida, Fungicida, Virucida, Tuberculocida, Micobattericida: 10'
Sporicida: 30'

tollerante

Anioxyde 1000 rispetta i materiali plastici e i metalli che costituiscono i dispositivi medici.
(Test di laboratorio N°5-94-400-1)



Anioxyde 1000 contiene acido peracetico, indicato a noi di far riferimento nel gruppo 9 della direttiva 90/269 del 14 marzo 2001



Distributore esclusivo per l'Italia:
AIR LIQUIDE Italia S.p.A. - Via Giard. 9 - 20148 Milano
Tel. (02) 4021.558 - Fax (02) 4021.520
www.airliquide.it airliquide.com



Per la disinfezione:
esigete la sicurezza totale.

Medico igienista e competente!

La legge 8 gennaio 2002, n.1, all'art. 1 bis, soddisfacendo un'antica richiesta dei medici igienisti, ha autorizzato i medici specialisti in igiene e medicina preventiva, oltre a quelli in medicina legale e delle assicurazioni, ad assumere l'incarico di medico competente. Il concetto di medico competente, quale operatore deputato ad eseguire accertamenti sanitari sui lavoratori esposti a rischio lavorativo, compare già nell'art. 33 del D.P.R. 303/1956. La definizione ufficiale di medico competente compare però solo nell'art. 3 del D. Lgs 277 del 15 agosto 1991, che recepisce alcune direttive CEE in materia di protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti dall'esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici. Da tale definizione emergono le funzioni del medico competente, che sono anche contenute nel D. Lgs 626/1994, tra cui l'esecuzione di visite mediche ed esami mirati nel corso di accertamenti sanitari preassuntivi e periodici, l'espressione di giudizi di idoneità al lavoro, la divulgazione di informazioni ai lavoratori sui rischi professionali cui sono esposti, e l'effettuazione di sopralluoghi negli ambienti di lavoro insieme al responsabile del servizio di prevenzione e protezione. Nello stesso D. Lgs 277/1991, come nel D. Lgs 626/1994, sono indicati i seguenti requisiti per poter svolgere l'attività di medico competente: specializzazione in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in specializzazione equipollente; docenza in medicina del lavoro o in medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica o in tossicologia industriale o in igiene industriale o in fisiologia ed igiene del lavoro; libera docenza nelle discipline suddette. La legge 8 gennaio 2002, n.1, estendendo la possibilità di svolgere l'attività di medico competente anche agli specialisti in igiene e medicina preventiva, nonché in medicina legale e delle assicurazioni, ha suscitato la reazione dei colleghi specialisti in medicina del lavoro, che contestano il nuovo riconoscimento dell'equiparazione e dell'equipollenza di titoli di studio e criticano l'impatto di questo provvedimento sul mercato del lavoro e sui lavoratori, ritenendo che la sorveglianza sanitaria verrebbe in tal modo affidata a medici "senza competenze specifiche". Senza voler mettere in discussione la professionalità di tali colleghi, riteniamo che nessuno sia legittimato a disconoscere al medico igienista una formazione specifica in materia di prevenzione, di igiene e di sanità pubblica, compresa quella di prevenzione e di igiene nei luoghi di lavoro. Infatti, il medico igienista di direzione sanitaria ospedaliera è colui che per anni ha svolto, con professionalità e competenza, per gli operatori della sanità le visite di assunzione per le più svariate attività lavorative, comprese quelle a rischio, la sorveglianza sanitaria e l'attività di educazione sanitaria e di prevenzione dai rischi lavorativi. D'altro canto, i medici igienisti operanti nei servizi territoriali da sempre svolgono, con altrettanta professionalità ed esperienza, attività di prevenzione ed educazione sanitaria, ivi compresa la complessa attività certificativa. Riteniamo, pertanto, che il medico igienista, sia per la formazione culturale che per l'esperienza acquisita sul campo, possieda le necessarie conoscenze per individuare le correlazioni esistenti tra le noxae ambientali esterne, quelle esistenti negli ambienti di lavoro e le loro ripercussioni sulla salute e la sicurezza dei lavoratori. Respingiamo, quindi, ogni tentativo di mettere in discussione le competenze recentemente riconosciute a noi medici specialisti in igiene e medicina preventiva della recente legislazione.

La Segreteria Scientifica

*Ugo Luigi Aparo, Carmelo Del Giudice, Gianfranco Finzi, Karl Kob,
Adriano Marcolongo, Gabriele Pelissero*

L'Ospedale oltre i dipartimenti

Riassunto

L'ospedale tradizionale è organizzato in divisioni e servizi, che riproducono la struttura specialistica delle conoscenze mediche. Si tratta di un modello solido che ha resistito per un lungo periodo, che è però esposto a fattori di criticità, soprattutto per quanto attiene l'efficienza e i rapporti gerarchici fra medici.

L'ospedale dipartimentale più volte proposto dalle leggi sugli ospedali può essere organizzato con tipologie molto diverse, che l'Autore descrive e analizza. Esso si presta anche a soluzioni irrazionali.

L'esame delle caratteristiche e dei limiti dei modelli organizzativi dei dipartimenti ospedalieri, con particolare riferimento alle finalità e ai livelli di governo, induce l'Autore a proporre un superamento dei modelli esistenti rivolto alla organizzazione di un Ospedale integrato, che valorizzi le professionalità cliniche e organizzative in modo differenziato e che sia rivolto alla massima efficienza.

Summary

Traditional hospitals are organised in divisions and services that reflect the specialist structure of medical know-how. This is a deep-rooted model that has resisted for many years but which is however subject to critical factors, above all as regards efficiency and hierarchical relationships among doctors.

Gabriele Pelissero

*Professore ordinario di Igiene nell'Università di Pavia
Direttore Sanitario Sovrintendente del Gruppo
Ospedaliero San Donato*

Parole chiave:
organizzazione ospedaliera dipartimenti
Key words:
hospital organisation departments

Departmental type hospitals proposed several times in laws on the health service can have many different types of set up as described and analysed by the Author.

They also lend themselves to irrational solutions.

Study of the characteristics and limits of the organisational models of hospital departments, with particular reference to the aims and levels of management, leads the Author to propose the abolition of existing models and the introduction of an integrated hospital model which valorises the different clinical and organisational professional skills and which is geared towards utmost efficiency.

1. Il mito del dipartimento

La sollecitazione ad organizzare gli ospedali in dipartimenti è vecchia come gli ospedali stessi.

Nasce infatti con il DPR 128 del 1969, con il quale l'ospedale as-

sume in Italia una forma organizzativa stabile che per lo più resiste ancora oggi; viene ribadita con la Legge 148/75; solennemente affermata con la Legge 833/78 istituita dal Servizio Sanitario Nazionale; ripresa dai Decreti Legislativi 502/517 del 1992 e 1994 (la così detta riforma bis), ed è infine affermata dal Dec. Leg. 229/99 (la così detta riforma tris)

Poche parole sono usate nel gergo organizzativo ospedaliero in modo tanto costante, e al tempo stesso confuso e inefficace, così da giustificare l'affermazione dell'esistenza di un "mito" del dipartimento, che transita nel mondo reale solo dopo trent'anni di sterili affermazioni con il Dec. Leg. 229/99, e che per di più nell'avviarsi ad una qualche forma di realizzazione manifesta una imprevista potenzialità di danno.

In tutto il lungo periodo di esistenza del "mito del dipartimento", che per ragioni che vedremo genera anche "sogno" del dipartimento, il modello di organizzazione ospedaliera che si struttura e radica profondamente nella quasi totalità degli ospedali italiani, pubblici e privati, è il suo contrario, il

modello divisionale, che paradossalmente giunge a piena maturazione proprio grazie al DPR 128/69 (1)

Esso è l'espressione di una visione organizzativa fondata sullo sforzo, ben riuscito, di collegare la struttura del sapere medico che si va sempre più suddividendo in specialità con articolazione gerarchica dell'esercizio professionale, e genera una soluzione la cui semplicità e razionalità spiega il grande successo pratico e l'intrinseca forma della soluzione.

In estrema sintesi, il modello divisionale si caratterizza per due aspetti fondamentali:

- l'articolazione organizzativa in divisioni corrispondenti a singole specialità medico-chirurgiche, ciascuna dotata di propri posti letto
- l'organizzazione del personale fortemente gerarchizzata con la presenza di una figura apicale (Primario) nella quale la massima responsabilità professionale coesiste con la massima responsabilità organizzativa, costituendo così un fortissimo fattore di identità e stabilità dell'intero sistema, e al tempo stesso introducendo i connessi elementi di rigidità

L'ospedale divisionale è dunque una realtà organizzativa solida, semplice e funzionale, come è dimostrato dalla sua stessa capacità di sopravvivere nel tempo, ma ovviamente anch'esso contiene fattori di criticità relativi alle difficoltà a conseguire stabilmente obiettivi di efficienza e dalle tensioni derivanti da fattori umani.

La criticità connessa all'efficienza è la diretta conseguenza della caratteristica della divisione di possedere in modo esclusivo tutti gli strumenti di produzione, dalla dotazione di personale ai posti letto.

Quando l'attività divisionale è molto elevata non sussistono problemi, ma si è costantemente osservato che nel lungo periodo cresce il numero di divisioni che presentano un tasso di saturazione dei po-



sti letto sempre più basso.

E poiché al posto letto, indipendentemente dal suo corretto utilizzo quotidiano, si collegano tutte le altre dotazioni di risorse umane e strumentali, l'ordinamento divisionale diviene spesso il primo responsabile del calo di efficienza dell'ospedale.

La criticità connessa ai fattori umani deriva dalla struttura gerarchica della divisione, tradizionalmente articolata su tre livelli (assistenti, aiuto, primario) e nella quale l'unica figura apicale – il primario – è titolare sia della responsabilità clinica che di quella organizzativa.

Questa situazione, sinteticamente espressa nella figura 1, all'esterno rafforza moltissimo la divisione, rendendola all'occorrenza in grado di imporsi anche sulle decisioni organizzative delle direzioni e dell'amministrazione ospedaliera, ma all'interno comprime tutte le altre professionalità, e in particolare quelle mediche.

Se tale condizione può essere tranquillamente accettata dai medici più giovani, soprattutto in presenza di un primario capace e autorevole, essa determina livelli di insoddisfazione crescenti con il com-

pletarsi della professionalità, generando una sorta di "sindrome dell'aiuto anziano" che produce fra i migliori collaboratori e il primario un potenziale continuo conflitto, i cui sbocchi possono essere i più vari ma il cui effetto è comunque negativo sull'attività della divisione. Se nel trentennio 1969-1999 il dipartimento ospedaliero appare come una sorta di mito dai contorni incerti nella azione legislativa, per generazioni di aiuti e di assistenti anziani, frustati dalla presenza di un tappo professionale che blocca le loro carriere, esso diventa un sogno liberatorio. Sogno tanto più suggestivo quanto più gli spazi di attività libero/professionale al di fuori della propria divisione si riducono e la collocazione del medico ospedaliera viene ad assumere un profilo impiegatizio, in un contesto generale che vede il trionfo del principio del lavoro dipendente.

Fino a quando la struttura degli ospedali resta quella di Enti pubblici, e la disponibilità di denaro pubblico rimane elevata, i due fattori di criticità vengono sistematicamente neutralizzati da una conduzione gestionale e contrattuale che ne contiene gli elementi dirompenti.

Figura 1

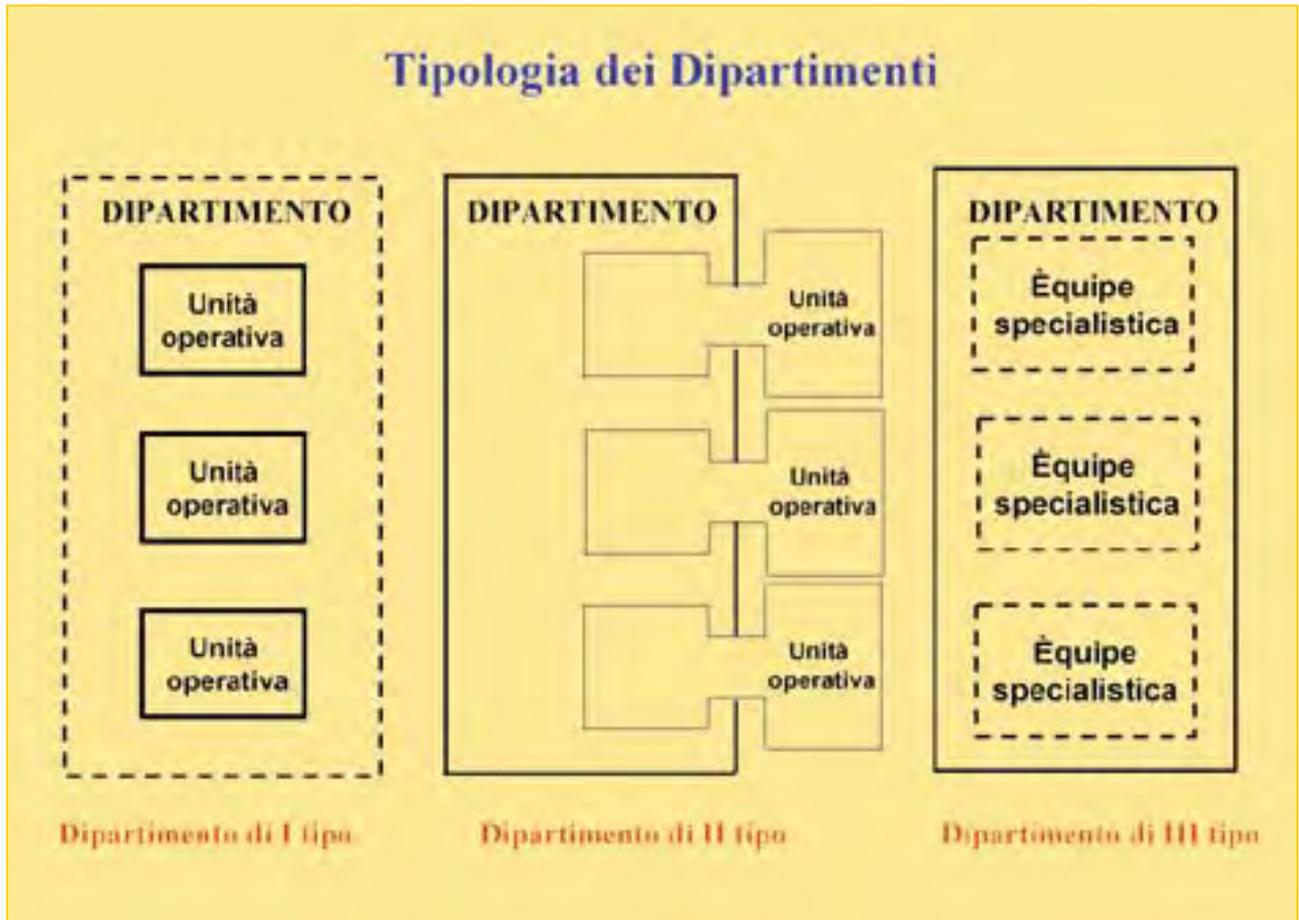


Figura 2

Con l'aziendalizzazione, l'avvio di una crescente competizione da parte del settore ospedaliero privato, e i vincoli della finanza pubblica derivanti dagli impegni assunti con la Comunità Europea, anche per la sanità italiana l'efficienza inizia a diventare una necessità, e le tensioni interne alla componente medica si esasperano, producendo una inattesa attualizzazione dell'ordinamento dipartimentale.

2. Quale dipartimento ?

Una non piccola letteratura, e un certo fiorire di iniziative sperimentali, propongono negli ultimi anni svariate tipologie di dipartimento, definito di volta in volta come strutturale, funzionale, rivolto alla qualità, polispecialistico o monospecialistico, con articolazioni, intra o extra ospedaliero, talora formulando considerazioni approfondite e stimolanti (2,3,4).

Il punto nodale dell'ordinamento dipartimentale, che non sembra essere a tutt'oggi sufficientemente acquisito, è però a nostro giudizio costituito dalla esatta definizione dei livelli di governo e delle loro relazioni con la responsabilità professionale, poiché questo complesso problema costituisce il fulcro e il nucleo fondamentale dell'intera organizzazione ospedaliera. In altre parole, ciò che veramente importa è stabilire dove viene collocata la responsabilità, e conseguentemente il potere di utilizzare (o di non utilizzare) le risorse umane e materiali dell'ospedale, partendo ancora una volta dal posto letto, che rimane l'unità di misura più immediatamente definibile in una organizzazione così complessa.

In questa lettura, l'intera organizzazione ospedaliera rappresentata dalle singole specialità mediche, dalla dotazione di personale infermieristico, dalle aree a destinazio-

ne definita quali le sale operatorie, dal sistema dei servizi diagnostici o clinici etc., può essere considerato come una serie di variabili dipendenti le cui caratteristiche possono essere standardizzate secondo parametri predefiniti (protocolli clinici, tempi di assistenza, tempi di utilizzo delle dotazioni, volumi di attività per impianto tecnologico e così via) ma la cui interazione e il cui uso è governato da individui che, nell'ospedale divisionale, sono storicamente rappresentati dai primari.

Utilizzando il modello divisionale come punto di riferimento, abbiamo da tempo proposto di identificare tre tipologie di dipartimento (5), ciascuna diversa dall'altra proprio in base al rapporto fra responsabilità professionale e responsabilità organizzativa, rapporto che come abbiamo detto consideriamo il vero motore interno di tutta l'organizzazione ospedaliera (fig. 2).

Il Dipartimento di Tipo I, corrisponde

alla soluzione più “debole” sotto il profilo organizzativo.

Le Unità Operative, o i Servizi che lo compongono rimangono, infatti, completamente autonome, non mettono in comune personale e strutture, rispondono completamente ciascuna al proprio Dirigente; in termini operativi questo tipo di Dipartimento non è altro che un protocollo permanente, al quale viene affidata la funzione di coordinamento di alcune attività.

È possibile in questo caso individuare un Coordinatore di Dipartimento e/o un Comitato, sostanzialmente per la progettazione e la verifica del protocollo, senza alcun significato gerarchico.

Il Dipartimento di Tipo II, corrisponde alla soluzione intermedia, e vede le Unità Operative, o i Servizi interessati, mettere in comune una parte delle relative risorse umane e strutturali, per formare una nuova entità parzialmente indipendente.

Un esempio di questa soluzione si può ritrovare in alcuni Dipartimenti Ospedalieri, ad esempio di Emergenza e Accettazione, dove un gruppo di Unità Operative destina, spesso a rotazione, una parte del proprio personale a costituire una équipe interdisciplinare permanente.

In questo caso, pur rimanendo un legame istituzionale con le Unità operative di provenienza, il Dipartimento assume connotati più “forti” e una eventuale figura di Coordinatore tende ad assumere un ruolo più gerarchico, e più vicino a quello di un vero Dirigente.

Il Dipartimento di Tipo III, corrisponde alla soluzione più “forte”, e vede la sostanziale scomparsa delle Unità Operative interessate, la cui struttura organizzativa e funzionale si dissolve all'interno del Dipartimento.

In tale soluzione le singole componenti specialistiche rimangono certamente presenti come équipes, ma perdono la propria autonomia strutturale: in questo tipo di Dipartimento i posti letto e le attrezzature non sono più divisi per specialità, ma utilizzati in comune dalle di-

verse équipes specialistiche.

I Responsabili di Unità Operative non hanno più compiti significativi di tipo organizzativo, che si trasferiscono a chi dirige il Dipartimento.

È molto importante considerare come i tre tipi di dipartimento costituiscono tipologie razionali individuate sulla base di un criterio organizzativo-gestionale ben definito; sono ovviamente possibili soluzioni che attuano o esaltano le caratteristiche di ogni singola tipologia, ma sempre all'interno di confini ben definiti, rappresentati appunto dalle differenti caratteristiche del rapporto fra responsabilità organizzativa e responsabilità clinica.

Nella costruzione di una organizzazione dipartimentale è possibile infine combinare le distinte tipologie in modo irrazionale o contraddittorio e in questo caso il risultato determina una sorta di patologia organizzativa, come in concreto sembra derivare dall'impostazione e adottata dal recente D.Leg. 229/99.

3. Patologia dei dipartimenti

Il modello che deriva dalle indicazioni del D.Leg. 228/99 e dal correlato Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro tenta di combinare residui dell'ordinamento divisionale, individuati con il termine di unità operativa, con un sistema dipartimentale imperfetto, fondato su una figura di nuova istituzione, il direttore del dipartimento. Egli assume in sé la responsabilità clinica di una unità operativa afferente al dipartimento, la responsabilità organizzativa della stessa, e una quota non ben definita di responsabilità organizzativa dell'intero dipartimento.

Questo modello è stato da noi definito (6) come dipartimento multicefalo, per indicare il potenziale contrasto e il conseguente fattore di instabilità insito in questa soluzione.

Essa infatti da un lato tenta di costruire un dipartimento di Tipo III, con un unico livello organizzativo in grado di gestire totalmente le risorse,

ma non ci riesce perché conserva l'autonomia clinico-organizzativa delle singole divisioni e soprattutto perché non è in grado di definire nelle specifiche operative l'assetto del dipartimento stesso.

Dall'altro lato lascia intravedere una soluzione di dipartimento di Tipo I, nel quale le singole unità operative restano ben individuate, ma promuove gerarchicamente ed economicamente un clinico rango di organizzatore, attribuendogli la funzione di Direttore di dipartimento.

E con questo innesca un potenziale conflitto professionale nei confronti dei responsabili delle altre unità operative afferenti al dipartimento foriero di gravissimi effetti gestionali.

L'aspetto più paradossale di questa soluzione è infine rappresentato dall'aver posto come massimo obiettivo di carriera ai migliori dei clinici ospedalieri una funzione organizzativa, in assoluto contrasto con i più banali principi di efficacia ed efficienza nell'uso delle risorse umane.

In effetti questo modello riproduce peggiorandola una situazione disfunzionale ben nota ai piccoli ospedali negli anni '70, la dove in carenza di un direttore sanitario questa funzione veniva assegnata ad uno dei primari, producendo inevitabilmente un disequilibrio nell'attribuzione delle risorse fra le varie divisioni e un contrasto più o meno latente fra il clinico dotato di poteri organizzativi più ampi e tutti i suoi colleghi primari delle altre divisioni.

4. L'Ospedale oltre i dipartimenti

La problematicità insita della nozione stessa di dipartimento, e le soluzioni proposte dalle più recenti normative, connotate per caratteristiche di scarsa razionalità e di potenziale effetto destabilizzante, inducono a rivedere profondamente l'intera questione, nel tentativo di formulare una analisi organizzativa coerente e proporre soluzioni percorribili.



Figura 3

A tale scopo esamineremo i seguenti punti:

- a) **finalità del dipartimento**
- b) **soluzioni organizzative e inconvenienti della dipartimentalizzazione**
- c) **ambiti di applicabilità di modelli dipartimentali**
- d) **modello razionale di dipartimento**

a. Finalità del dipartimento

Comunque lo si voglia considerare, il dipartimento è un modello di organizzazione ospedaliera che in qualche modo si contrappone a quello storico della divisione.

La sua ragione d'essere è sostanzialmente riferibile alla sfera dell'efficienza, poiché abbattendo il confine delle divisioni con il sottrarre ai loro responsabili i poteri organizzativi (di cui emblematico è la disponibilità in esclusiva dei posti letto assegnati) consente almeno potenzialmente di utilizzare le risorse umane e materiali.

Tutte le altre funzioni che solitamente si vuole attribuire ai dipartimenti (quali ad esempio ricerca, didattica, aggiornamento, stesura di protocolli, adozione di comportamenti generali da parte degli operatori, etc.) possono in realtà essere attribuite a dipartimenti di tipo I, che come abbiamo visto lasciano sostanzialmente intatta la struttura divisionale dell'ospedale, o ad altri organismi di ogni genere, (direzioni sanitarie, consiglio dei sanitari, gruppi di lavoro ad hoc, direzioni scientifiche, coordinatori di progetto etc.) proprio poiché non sono propri e caratterizzanti l'ordinamento dipartimentale.

b. Soluzioni organizzative ed errori nella dipartimentalizzazione

Il problema centrale di una organizzazione dipartimentale orientata all'efficienza è a questo punto rappresentato dalla attribuzione della responsabilità organizzativa, che consiste nel potere di assegnare o

sottrarre continuamente posti letto e dotazioni di personale e di risorse materiali alle varie équipes che compongono il dipartimento.

Una, e probabilmente l'unica efficace soluzione, è costituita dall'individuazione di una persona fisica titolare di tale potere, che sia in grado da un lato di conoscere e interpretare perfettamente gli obiettivi strategici dell'ospedale, dall'altro di svolgere la propria funzione con sufficiente autorità e autorevolezza, nei confronti delle singole équipes e dei loro responsabili.

Su questo problema torneremo più avanti, precisando fin d'ora che:

- 1) il titolare di questo potere non deve essere uno dei responsabili clinici delle équipes del dipartimento, per le ragioni che abbiamo esposto
- 2) il titolare di questa funzione non deve essere il migliore clinico, per un evidente ragione di buon uso delle risorse umane (il buon clinico deve fare il clinico)

In molte proposte comparse in letteratura o adottate da aziende ospedaliere la responsabilità organizzativa del dipartimento è affidata a un medico eletto nell'ambito del dipartimento stesso.

Egli è poi affiancato da un Comitato/Consiglio di dipartimento di varia composizione.

L'esercizio del potere organizzativo nelle modalità che abbiamo sopra indicato, non si concilia con l'elezione del responsabile, e tanto meno tanto meno con l'attribuzione di poteri organizzativi reali a Comitati/Consigli di dipartimento.

Infatti si può affermare che, se si vuole costruire una falsa organizzazione dipartimentale conservando una struttura divisionale all'ospedale, è sufficiente stabilire che il Direttore del Dipartimento è eletto (meglio se a rotazione) dal Comitato/Consiglio, e che quest'ultimo è composto dai Responsabili delle équipes ed ha il potere di assegnare le risorse alle équipes stesse.

c. Ambito di applicabilità del modello dipartimentale

Indipendentemente delle soluzioni organizzative adottate, il modello dipartimentale interessa solamente alcune componenti del sistema – ospedale, poiché è intrinsecamente inadatto ad alcune applicazioni

Ci limiteremo a fornire qualche esempio:

1. Non ha senso dipartimentalizzare specialità uguali

Il dipartimento monospecialistico è infatti una contraddizione in termini, poiché dal punto di vista organizzativo esso è una divisione.

Nella realtà, in ospedali con più divisioni della stessa specialità, può essere tatticamente vantaggioso chiamare dipartimentalizzazione il loro accorpamento. In realtà se ciò avviene ponendo tutte le divisioni nella stessa disciplina sotto la responsabilità organizzativa e gestionale di un solo apicale clinico, il termine corretto che definisce

questo processo è accorpamento.

2. Non è di norma ragionevole la dipartimentalizzazione dei servizi ospedalieri di diagnosi e cura.

Essi infatti non hanno motivo di mettere in comune risorse il cui utilizzo è strettamente connesso alla singola specialità (il laboratorio non usa le tecnologie e il personale della diagnostica per immagini; l'anestesia e rianimazione ha un profilo organizzativo e tecnologico non sovrapponibile alle altre specialità etc.).

Anche se di grandi dimensioni, i servizi possono essere organizzati di norma secondo modelli più riferibili a quello divisionale, poiché in essi di solito si può individuare un unico responsabile in grado di svolgere con sufficiente competenza sia le funzioni cliniche che quelle organizzative.

3. Il destinatario ottimale della dipartimentalizzazione è rappresentato dunque da un gruppo di specialità che possono mettere in comune posti letto con dotazioni uniformi di risorse umane e strumentali, e grossi impianti quali blocchi operatori o grandi tecnologie.

d. Modello razionale di dipartimento

Le considerazioni fin qui formulate consentono di indicare le caratteristiche fondamentali di un modello razionale di dipartimento, che possiamo così sinteticamente riassumere:

1. presenza di una funzione di direzione organizzativa indipendente dalle funzioni cliniche, e direttamente collegate alla amministrazione ospedaliera.

A nostro giudizio questa funzione deve essere svolta dalla direzione sanitaria, anche per un evidente economia di impegno di risorse umane.

2. aggregazione di specialità caratterizzate da uguale (o compatibile) livello di assistenza infermieristica, da uso comune di gruppi operatori o grandi tecnologie, e sostanzialmente indi-

viduate sulla base della possibilità di utilizzo dello stesso posto letto.

Una buona traccia per individuare livelli di assistenza omogenei per l'aggregazione delle specialità è contenuta in tab. 1.

3. Valorizzazione del ruolo professionale clinico, con riduzione della responsabilità organizzativa accompagnata all'esaltazione del valore professionale e della capacità attuativa del medico.

Questo principio comporta una ristrutturazione del modello gerarchico tradizionale (primario – aiuto – assistente) e delle sue successive ibridazioni (responsabile struttura complessa-responsabile struttura semplice – specialista senza responsabilità) per giungere ad una articolazione professionale fondata su équipes anche piccole, connotate dalla leadership di un senior coadiuvato da un gruppo di junior tendenzialmente non numeroso. Nella stessa aggregazione dipartimentale possono così coesistere più senior della stessa disciplina, mentre alcune funzioni di interesse generale (guardia medica attiva, pronta disponibilità) possono essere suddivise fra tutti i medici della stessa specialità, anche di équipes diverse.

In un modello di questo genere le modalità di compenso dei medici è ovviamente un fattore strategico. La soluzione che più facilita la gestione è quella che tende remunerare in maggior misura la capacità attrattiva e il volume di prestazioni erogate da ogni équipe/professionista e in minor misura la posizione formale e il ruolo.

5. Una nuova organizzazione degli ospedali

Il modello che abbiamo sinteticamente delineato, e che schematicamente è rappresentato in figura 3, definisce una organizzazione che va oltre la tipologia del dipartimento, realizzando in realtà matrici organizzative complesse e

Aggregazione delle specialità medico-chirurgiche in relazione al livello di intensità di assistenza (secondo il criterio del Sistema Informativo Sanitario-Ministero della Sanità – Modello HSP 21) limitatamente alle specialità dotate di posti letto

Specialità di base	
Mediche Medicina Generale Pneumologia Dermatologia Malattie endocrine	Chirurgiche Chirurgia Generale Ortopedia e Traumatologia Ostetricia e Ginecologia Oculistica Otorinolaringoiatria Urologia
Specialità a media assistenza	
Mediche Cardiologia Ematologia Nefrologia Neurologia Pediatria	Chirurgiche Chirurgia maxillo-facciale Chirurgia Pediatrica Chirurgia Plastica Chirurgia Toracica Chirurgia Vascolare
Specialità a elevata assistenza	
Mediche Malattie infettive Psichiatria	Chirurgiche Cardiochirurgia Neurochirurgia

ricostruendo radicalmente la struttura e la stessa forma fisica dell'ospedale. Poiché la parola dipartimento si è ormai affermata nell'uso comune, e non è certo il caso di introdurre nuove complicazioni nella già confusa e aggrovigliato lessico della sanità italiana, possiamo chiamare questa soluzione organizzativa dipartimento integrato.

Il suo utilizzo consente di immaginare una nuova organizzazione degli ospedali, molto più flessibile e articolata del tradizionale ospedale divisionale, o dal vagheggiato ospedale dipartimentale costruito con dipartimenti di III tipo. Essa è caratterizzata dalla presenza contemporanea di servizi di diagnosi e cura organizzati secondo il modello divi-

sionale; di dipartimenti integrati definiti per livelli di intensità assistenziale, senza escludere la presenza di qualche divisione dotata di posti letto in specialità che per ragioni peculiari alle singole aziende non si porta o non ha ragione di entrare in un dipartimento integrato. Ciò che veramente importa è che l'organizzazione sia costruita non per se stessa, ma per conseguire risultati definiti chiaramente; che sia possibile modificarla tempestivamente in relazione al variare della domanda e dell'evoluzione scientifica e tecnologica; che i livelli di governo sia organizzativo che clinico siano ben definiti, con la valorizzazione della competenza specifica di ogni medico e di ogni professionista.

I presupposti di fattibilità per questa impostazione sono molteplici, e sono individuabili nel completamento del processo di aziendalizzazione degli ospedali; nella effettiva attuazione del sistema di pagamento a prestazione; nella formazione di medici di organizzazione ospedaliera con una più forte capacità manageriale; nello sviluppo di una cultura professionale nei medici di area clinica meno orientata alla burocratizzazione delle carriere; nello sviluppo di fattori di competizione fra gli ospedali; nella accettazione di sistemi di "premi e castighi" per tutte le aziende e per tutte le loro componenti operative. Ma tutte queste sfide non possono non essere raccolte da quanti pensano ad una sanità con livelli di efficacia, efficienza e soddisfazione ben maggiori di quelli attuali.

Bibliografia

- 1) Pelissero G. (1999), *L'Organizzazione e gestione di aziende ospedaliere*. *L'Ospedale*. 7, 15-20
- 2) Guzzanti E. (2000), *I dipartimenti ospedalieri nelle esperienze internazionali. Storia, evoluzione, prospettive*. *Organizzazione Sanitaria*. 4, 7-20
- 3) Greco M. (2000), *Norme nazionali e legislazione regionale sull'organizzazione dipartimentale*. *Organizzazione Sanitaria*. 4, 21-32
- 4) Montesanti F. (2000), *Il dipartimento: perpetuazione di equivoci o occasione di ripensamento e sviluppo di strategie organizzative*. *Organizzazione Sanitaria*. 4, 103-108
- 5) Pelissero G. (1996), *Nuovi modelli organizzativi per il Servizio Sanitario Nazionale*. *L'Igiene Moderna*. 105, 1513-1529
- 6) Pelissero G. (2001) *Tipologie di Modelli di organizzazione dipartimentale*. *In Continuità Discontinuità e Pubblico/Privato in Psichiatria*, Ed. Fezzo



AMUCHINA®

Specialista nella disinfezione

Da oltre cinquant'anni Amuchina è sinonimo di disinfezione.

Amuchina, il "clorossidante elettrolitico", è un disinfettante a base di ipoclorito di sodio ottenuto per via elettrolitica e dotato di un ampio spettro d'azione.

Infatti i test di attività microbiologica, eseguiti in conformità a linee guida europee, hanno confermato la sua efficacia su batteri gram positivi e gram negativi, micobatteri, funghi, virus e in tempi di contatto prolungati anche sulle spore, associando così una vera e propria azione sterilizzante a quella disinfettante.

Ma Amuchina è anche ricerca ed evoluzione continua, è collaborazione con Istituti di ricerca di indiscusso interesse scientifico.

I risultati?

Oltre trecento studi sulle caratteristiche chimico-fisiche, sull'azione e sull'impiego di Amuchina come disinfettante "universale".

E oggi, il Gruppo Angelini garantisce Amuchina.

Perché igiene e disinfezione non sono un'opzione.



Angelini

AMUCHINA S.p.A. - Via Tecnica del Prodotto, 12
40138 Bologna - Tel. 051/261111

Il budget nelle aziende di produzione e nelle aziende sanitarie: due realtà a confronto

Paola Tanini* Alberto Antognozzi** Alessandro Sarti***

*Ispettore di produzione per Generali Vita s.p.a.

**Marsh Risk Technology, Marsh

***Medico di Direzione sanitaria Azienda Ospedaliera Careggi Firenze

Parole chiave: programmazione e controllo, budget, imprese ed aziende di produzione, aziende e sistemi sanitari, chiarezza organizzativa, disponibilità di informazioni
Key words: *planning and control, budget, business and production manufacture, sanitary system, clarity organization, availability of information*

Riassunto

Le aziende di produzione hanno storicamente connotato nella loro struttura organizzativa il concetto di programmazione e controllo che utilizza come leva gestionale lo strumento del budget. Questo rappresenta la risposta al bisogno di mantenimento e di stabilità economica aziendale quale essenza vitale della stessa. I sistemi sanitari hanno delle radici culturali di azienda assai recenti e, pertanto, poco ramificate e rigenerate. Le stesse non risultano quale frutto di una ricerca interna per dei bisogni gestionali ed organizzativi ma piuttosto come necessari raccordi al contesto sociale ed economico di riferimento.

Summary

The production factories have historically connoted in their organization, the idea that budget is used as an incentive for programming and control activity. This represents the answer to the necessity of stability administration. Therefore, the sanitary system, has been created recently and, the cultural roots of administration are not very ramified and neither solidly regenerated. The aim of sanitary administration is not the satisfaction of management, but the primary objective will be the search of the relationship between social and economical context.

1. Introduzione

Il presente articolo si pone il problema dell'utilizzo del budget come strumento gestionale nelle aziende sanitarie. Si vuole analizzare per quale motivo nelle aziende sanitarie quest'importantissimo documento contabile, a differenza delle aziende private nelle quali è d'uso consueto, stenti a decollare. Il budget non deve rappresentare per le aziende sanitarie un documento formale da utilizzare al solo scopo di contenere i costi di gestione, viceversa deve rappresentare un momento di programmazione, di controllo, di coordinamento dell'attività esattamente come accade nelle aziende private. Perché il budget è così importante per le aziende? Cercheremo di darne spiegazione delle motivazioni che inducono la quasi totalità delle imprese medio-grandi di approntare e di definire piani di programmazione economica finanziaria spendendo per questo, come vedremo, molte risorse.

2. Il budget documento amministrativo di programmazione economica-finanziaria

La definizione classica afferma

che gli obiettivi d'ogni azienda sono due: conseguire gli obiettivi economici e perdurare nel tempo. Il perseguire quest'ultimo obiettivo c'introduce all'importanza della programmazione e pianificazione. Gli amministratori di una qualsiasi impresa hanno a cuore quest'attività, perché tutte le decisioni che saranno prese oggi avranno una valenza economico-finanziaria domani, così come le scelte e i fatti del presente sono frutto di scelte programmatiche del passato, ma soprattutto la consapevolezza che gli eventi futuri andranno inevitabilmente a mutare, in bene o in male, il sistema degli equilibri aziendali.

Decidere cosa fare in avvenire non è facile, non solo per l'incertezza e la difficoltà che contraddistinguono il futuro, ma anche perché vi sono dei vincoli che derivano dal passato, e, quest'ultimo è, al tempo stesso, un punto di certezza ma anche un fattore di rigidità in quanto l'attività di programmazione non può ignorare gli investimenti tecnologici e patrimoniali, il bilancio finanziario nonché i vincoli di tipo ambientale, socio-politici ed economico-congiunturali.

Non è difficile intuire che la previsione è un'attività percettiva che

Tabella 1 - Elementi per la visione aziendale

Condizioni di vita aziendale oggetto delle previsioni sulla base di fattori deterministici e avveniristici	Interne	capitali	entità del capitale	di proprietà di terzi	
			investimenti compiuti, in atto e da compiere		
			finanziamenti da compiere		
			forze di lavoro dipendente	dirigenti, impiegati, operai in forza e da reclutare	loro remunerazione - impegni relativi
				relazioni umane	
			capacità imprenditoriale	capi consulenti di varia specie	processo produttivo in atto e da raggiungere
				processo distributivo in atto e da raggiungere	
				relazioni industriali e pubbliche	
		Esterne	congiuntura economica	progresso tecnico (divario tecnologico)	stati di concorrenza
				offerta generale - domanda generale	
			prezzi		
			stabilità monetaria		
		ambiente giuridico politico	regime politico in atto e sua stabilità	legislazione vigente e prospettiva	
			rapporti internazionali politici ed economici		
		fatti accidentali	area di mercato - quota di vendite	rischi specifici connessi alla gestione	

Fonte: A. Amaduzzi, *Istituzioni di Economia Aziendale*, Cacucci Editore, 1991, p.249

coinvolge ogni fatto e dato futuro della gestione, il cui scopo è di "preparare la visione aziendale" e la relativa recettività a cogliere con tempestività tutti gli input che l'ambiente esterno, in particolare il mercato, offrono al fine di espandere e/o consolidare il proprio business (1).

Tutta l'attività di programmazio-

ne ha il suo culmine nella redazione di un documento programmatico che si chiama budget. La preparazione del budget è un momento veramente importante che richiede la collaborazione di tutte le aree aziendali, non a caso si parla di "pianificazione aziendale integrata" per indicare quella procedura organiz-

zativa, che coordina le previsioni di tutte le operazioni in tutti i loro aspetti.

La pianificazione degli obiettivi e delle strategie è un'operazione complessa che si articola in vari aspetti secondo l'orizzonte temporale interessato, perciò avremo:

-una pianificazione infra-annuale



Figura 1

di breve periodo con validità che può andare dalla settimana al mese al trimestre ecc... (budget di tesoreria);

- una pianificazione annuale: bilancio preventivo o pro-forma (budget);
- una pianificazione a medio termine (in genere copre un arco temporale di quattro anni);
- una pianificazione a lungo termine o pluriennale per periodi superiori ai cinque anni.

I documenti più conosciuti ed anche più importanti sono solitamente due: il bilancio preventivo o pro-forma (budget) e il budget di tesoreria.

3. Il bilancio preventivo o pro-forma (budget)

Il Bilancio preventivo o budget è un vero e proprio bilancio dove sono evidenziati aspetti economici finanziari e patrimoniali futuri. E' uno strumento, oltretutto per il controllo direzionale, con una valenza anche pubblica, in quanto disponibile anche per uditori esterni. Permette di dare concretezza alle decisioni prese, soprattutto per una loro valutazione aprioristica di fattibilità e concretezza; è un valido modo per esprimere pareri sugli

obiettivi, sulle strategie future di un'azienda e di come queste andranno a modificare l'assetto finanziario-patrimoniale, mentre dal lato economico permette di dare una valutazione sul valore dell'azienda.

La redazione del budget passa attraverso varie fasi o momenti che possono essere così riassunti:

- elaborazione del programma deciso;
- comunicazione del programma ai centri dell'organigramma interessati;
- controllo dell'esecuzione del programma elaborato e scelto;
- creazione di un sistema di controllo a feed-back attraverso il quale misurare le informazioni di ritorno che vanno a modificare le previsioni elaborate precedentemente.

In particolare quest'ultima fase rende il budget un documento non statico ma che si rinnova e si rielabora continuamente.

Lo schema di cui alla figura n.1 evidenzia che il budget è una attività ciclica che inizia con l'elaborazione degli obiettivi e la loro trasmissione ai centri decisionali interessati. Le informazioni di ritorno vengono analizzate e verificate nella congruità ed aderenza alle de-

cisioni prese e, in caso assertivo, si giunge subito alle valutazioni finali e all'elaborazione di nuove strategie; viceversa se le informazioni non sono quelle attese si mettono in atto degli interventi correttivi con la rimodulazione degli obiettivi e la rivalutazione della congruità delle risorse (9). (Fig. 2)

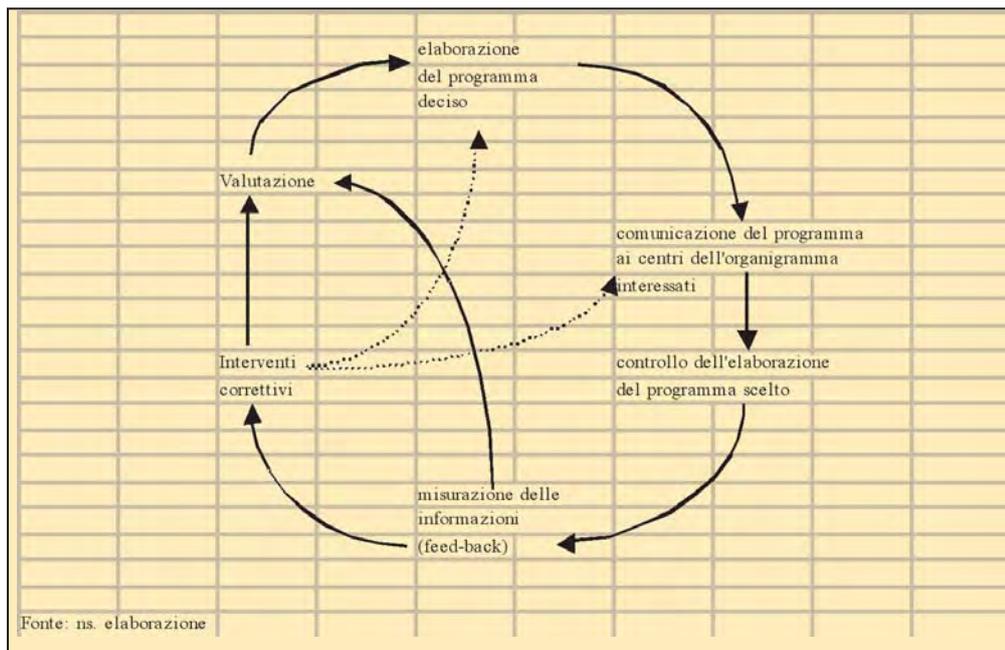
Pertanto il budget è realizzato nell'ambito della pianificazione integrata annuale, con la produzione di un documento amministrativo necessitante di revisione continua e che s'inquadra in un ben definito orizzonte temporale. Si viene a costituire un circuito d'informazioni in cui scorrono dati, storici e previsionali. L'efficacia della pianificazione scaturisce dalla collaborazione di tutte le aree aziendali anche nella corretta e tempestiva fornitura dei dati tramite adeguata procedura tecnica appositamente predisposta. Il budget è l'ultimo anello di una catena che inizia con la messa a punto di singoli piani relativamente alle vendite, alle scorte, agli approvvigionamenti, investimenti di lungo e breve periodo ecc. nelle aree interessate: l'area vendita appronterà il piano delle vendite, l'area magazzino quello delle scorte e così via. Alla fine quando si sono raccolti tutti questi dati e in-

formazioni si procede alla stesura del budget vero e proprio, nell'ambito di una struttura organizzativa professionale collocata, nel funzionigramma aziendale, di staff alla alta direzione strategica.

Il budget è un vero e proprio bilancio, infatti, esso si compone di due documenti: il budget economico (costi e ricavi futuri) e lo stato patrimoniale preventivo o proforma. Il budget economico descrive l'andamento futuro di costi e di ricavi, relativamente al periodo considerato, permette di fare una proiezione del reddito verificando che l'azienda persegua l'equilibrio economico (uguaglianza fra costi e ricavi). Viceversa lo stato patrimoniale preventivo evidenzia l'effetto che avranno sul patrimonio le scelte d'investimento e finanziamento. (Fig. 3)

4. Il budget di cassa

Il Budget di cassa (o di tesoreria) è un documento infrannuale molto utilizzato perché consente alla direzione aziendale di programmare, gestire e controllare nel brevissimo periodo le risorse monetarie generate o assorbite dall'impresa. Infatti, per la ragioneria quando parliamo di cassa o di tesoreria si indicano eventi riferiti al denaro ed a un periodo di tempo estremamente breve. L'intervallo di tempo può andare, da una cadenza settimanale ad una mensile o trimestrale, correlato alla imprevedibilità e/o prevedibilità dei flussi di cassa, e quindi alla movimentazione delle entrate e uscite di denaro. Il Budget di cassa aiuta a mantenere l'equilibrio finanziario, in altre parole la parità fra entrate ed uscite che, secondo le regole ragionieristiche, va perseguito in ogni istante della vita aziendale. È importante che un'azienda nel realizzare i propri programmi assicuri la massima fluidità e scorrevolezza al circuito del denaro, in quanto non è sufficiente che un'azienda garantisca i mezzi necessari per realizzare i propri programmi, ma



è opportuno che tali mezzi affliscano nei tempi giusti e nei modi richiesti per non creare diseconomie. Con tale strumento sarà possibile prevenire situazioni di eccedenze momentanee, che sono dannose quanto le deficienze di cassa, perché rappresentano un "costo-opportunità": risorse finanziarie inutilizzate che potrebbero essere altrimenti impiegati per la gestione economica del sistema. Il budget di cassa è principalmente uno strumento di controllo degli scostamenti tra grandezze di cassa e liquidità dell'azienda, stimate e consuntive, permettendo una migliore pianificazione e stabilità economica aziendale.

La redazione di un budget di cassa non è di facile realizzazione, in quanto necessita di numerose informazioni e dati che riguardano tutte le movimentazioni di cassa che sono previste nel periodo di riferimento quali, per l'attivo di bilancio, quali voci potranno generare un'entrata di cassa (riscossione di crediti, smobilizzo di cespiti ecc.), e, il passivo, quali voci potranno generare un'uscita di cassa (pagamento di debiti, acquisto di cespiti ecc.).

Le informazioni necessarie, da come si può evincere, sono estremamente dettagliate e riservate per

cui la stesura del budget di cassa è una vicenda squisitamente interna all'azienda.

Figura 2

5. L'utilizzo del budget nelle aziende sanitarie

L'obiettivo di porre un freno all'incremento costante della spesa sanitaria ha rappresentato il principale elemento di guida e di vincolo del legislatore nell'atto di stesura dei DD.LLgs. di riforma 502 e 517/92, e, peraltro, riconsiderato nel D.Lgs 229/99.

In quest'ambito la formalizzazione dell'atto di coniugazione delle risorse scarse agli obiettivi istituzionali del Ssn, sintetizzati, questi, nella definizione dei livelli uniformi di assistenza, ha comportato, con la revisione dello stato giuridico delle UU.SS.LL., divenute aziende, l'obbligo d'introduzione della contabilità economica, e, con essa, degli opportuni strumenti necessari al funzionamento.

Se la necessità di controllo della spesa pubblica (Legge 421, 23.10.1992, "Delega al governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale) ha rappresentato il richiamo del tutore della "res publica" ad una cor-

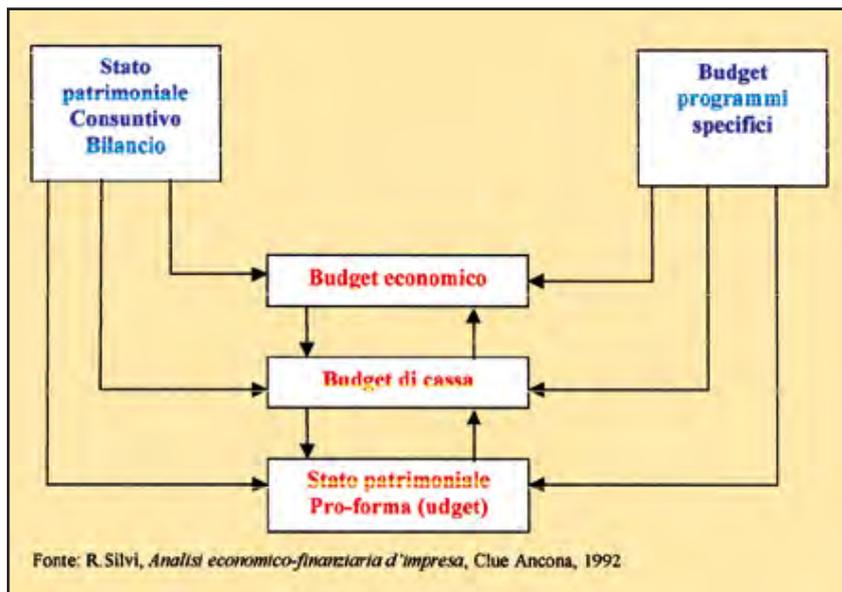


Figura 3

reazione sostanziale dell'impegno finanziario dello Stato per il Servizio sanitario nazionale, la sua normazione di attuazione (D.Lgs.502, Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23.10.1992, n.421 e succ.), non poteva esautorarsi dalla revisione organicistica del sistema, prevedendo, per il suo funzionamento interno, una nuova logica gestionale cementata dalla adozione sistemica delle fasi di programmazione e controllo con i relativi strumenti di rewarding.

In questo contesto il budget è il perno d'incardinamento del controllo direzionale nella gestione aziendale, che deve assicurare la coerenza tra risorse ed obiettivi negoziati, espressi in termini operativi e verificabili, e, comunque, vincolante il soggetto negoziatore alla responsabilizzazione sui risultati. La fase d'implementazione del sistema, contestualizzato in un desueto ma consolidato modello organizzativo centrato sul controllo di legittimità formale, di verifica dei singoli atti, con la consequenziale deresponsabilizzazione dei decisori interni, non poteva non connotarsi che per quella gradualità che conferisce il carattere di sperimentaltà alle innovazioni, ancorché già determinate per regolamento.

Come indicato in uno studio dell'Agenzia per i servizi sanitari le pri-

me risultanze dimostrano un diverso grado di successo, ma rare sono le realtà in cui lo strumento in questione, nella sua completezza, ha superato la fase sperimentale per essere effettivamente utilizzato nella pratica come supporto alla gestione aziendale.

Infatti se nelle aziende di produzione l'implementazione dello strumento budgettario ha rappresentato la congrua risposta ad inizialmente confuso come una sorta di "tetto di spesa" per la riduzione della stessa e non come mezzo di integrazione e definizione delle priorità (4), tra le difficoltà alla sua applicazione due principali ordini di motivi ne impediscono la fattiva implementazione ed la successiva stabilizzazione nelle sperimentazioni avviate:

- mancanza della necessaria chiarezza organizzativa;
- inadeguatezza dei dati di costo e di attività disponibili.

L'applicazione del comma 1 art.3 del D.Lgs.502 così come modificato dai DD.LLgs. successivi (L'U.s.l. è azienda.....dotato diautonomia organizzativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica....) recepita nei vari organigrammi e funzionigrammi aziendali, per il tramite degli appositi regolamenti, non poteva altro che essere di rottura esclusivamente formale con il precedente sistema di gestione, po-

rendosi invece, e forse anche opportunamente, come elemento di evoluzione dello scenario d'interpretazione del ruolo nella sostanziale continuità degli attori medesimi. Nei disciplinari del funzionamento aziendale è stata ereditata, dai passati ordinamenti, la possibilità delle plurime e contestuali interpretazioni di ruoli, diversi, distinti e talora antitetici, a cura del medesimo attore, fidando nelle capacità di adattamento scenico dello stesso, e, soprattutto, nella probabilità di occupare con imparzialità le varie posizioni di schieramento nello scacchiere delle strategie d'azienda.

E' così che valenti professionisti embricano, quotidianamente, l'attività di specialista in reparto con quella di direzione del dipartimento di programmazione ed organizzazione, o di direzione dell'area funzionale. La riunificazione sullo stesso soggetto di responsabilità tecnico professionali, di programmazione ed organizzazione non solo di reparto, ma anche, contemporaneamente, di strutture decisorie della strategia aziendale, non ha certo favorito l'esplicitarsi di quella chiarezza e trasparenza organizzativa che deriva dalla semplice e netta distinzione dei ruoli, facilitante l'impostazione dell'attività produttiva nelle fasi di pianificazione, programmazione, progettazione e controllo che, se hanno in R.N. Anthony e D.W. Yong i primi teorizzatori, sono oggidi cantilenate in tutte le aule di aggiornamento e formazione per il personale dipendente delle AA.ss.ll. (8-9).

D'altronde la stessa ridefinizione dello stato giuridico del personale, con l'attribuzione della qualifica di dirigente al professionista medico specialista, e la normazione del contratto di lavoro, che valorizza le posizioni organizzative ricoperte, promulgate per contrappesare un passato di formazione e preparazione medica effettuata esclusivamente sul sapere tecnico-scientifico, agevola, di fatto, una



Figura 4

interpretazione estensiva che sfuma la necessaria nitidezza dei ruoli funzionalmente correlati alle fasi di sistematizzazione organica aziendale. E' in questo contesto che la problematica organizzativa, opacizza l'attribuzione delle responsabilità ai vari livelli decisionali e determina una conseguente impossibilità di definire chiaramente gli attori del processo di budget (9).

Se le competenze non vengono attribuite coerentemente alle effettive leve decisionali risulta impossibile avviare una negoziazione di budget; l'interlocutore non avrà infatti, di fronte alla Direzione Aziendale, alcuna possibilità di definire inizialmente gli obiettivi ed in un secondo momento le azioni correttive necessarie a riorientare la gestione delle attività verso quanto inizialmente concordato (6).

La scarsa chiarezza organizzativa non è legata solamente all'attivazione di nuove strutture organizzative (dipartimenti, distretti, aree funzionali omogenee, ecc.), ma è in genere attribuibile alla poca chiara attribuzione di compiti e responsabilità che acuiscono la già grande complessità gestionale tipica delle aziende sanitarie (9). Il secondo ostacolo che deve esse-

re affrontato riguarda la disponibilità delle informazioni. Il budget, quale strumento di pianificazione delle attività che dovranno essere erogate e delle risorse necessarie al loro corretto svolgimento, necessita infatti di un consistente supporto informativo che renda disponibili, in maniera tempestiva ed affidabile, informazioni relative alle attività svolte (prestazioni per esterni e per interni) ed alle risorse utilizzate (dove, accanto alla semplice valorizzazione economica, diventa anche necessario quantificare numericamente la risorsa stessa). La disponibilità delle informazioni (non solo dei costi) risulta determinante non solo in fase di analisi dell'andamento della gestione, ma anche nella predisposizione stessa del budget, che prevede una approfondita conoscenza del rapporto esistente tra prestazioni erogate e risorse utilizzate (5-7).

Le informazioni in questione possono essere rese disponibili solamente dopo aver predisposto uno specifico sistema di contabilità analitica che affianchi i dati disponibili nei sistemi di contabilità generale con rilevazioni di carattere extra-contabile appositamente

definite, come nel caso delle prestazioni intermedie erogate ai pazienti interni alla struttura sanitaria. (Fig. 4)

Le Direzioni Aziendali che intendono attivare nuove sperimentazioni di budget oppure dare continuità a progetti iniziati in passato devono quindi interrogarsi sulla effettiva disponibilità dei due elementi considerati.

Solo in presenza di una ragionevole chiarezza organizzativa e di un sistema di raccolta delle informazioni funzionante è possibile attivare le leve organizzative per il cambiamento, quali i piani di comunicazione, i sistemi di incentivazione ed i corsi di formazione. Altrimenti l'inizio della sperimentazione sull'applicazione del budget non genererà alcun risultato tangibile, anzi verrà percepito come l'ennesima esperienza negativa in materia di programmazione e gestione dell'azienda sanitaria.

6. Conclusioni

L'attività di programmazione e di controllo è un'attività nuova per le aziende sanitarie, a differenza delle aziende di produzione che considerano tale attività di primaria im-

portanza, retaggio questo di una gestione pubblica delle stesse. Com'è emerso dall'articolo per "fare" il budget occorre che via sia un'organizzazione efficiente ed efficace, è fondamentale che le informazioni siano comprese ma soprattutto che circolino. Al fine di evitare che il budget si rilevi un fallimento, o peggio sia considerato l'ennesima imposizione burocratica occorre dotare le aziende sanitarie di organigrammi funzionali e snelli dai quali risultino chiari e comprensibili i ruoli attribuiti agli addetti, così da evitare deresponsabilizzazioni e accentramenti di responsabilità.

Bibliografia

1. Amaduzzi: "Istituzioni di Economia Aziendale". Cacucci Editore, 1991

2. E. Borgonovi, D. Cavenago, A. Zangrandi, G. Burani, R. Vaccani: "L'Or-

ganizzazione dell'Ospedale". Ed. Mc Graw Hill, Milano 1988.

3. E. Braunwald: "Subspecialist and internal medicine: a perspective". *Ann. Intern. Med.*, 1991; 114: 76-78.

4. G. Colombo: "Da Athena a Hermes: pensare e agire la strategia". *Economia e Management*, 1993; 5:40-47.

5. G. Hofstede: "Motivazione, leadership, organizzazione: si possono applicare all'estero le teorie americane?". In P. Preti (a cura di), *Management*, Este, Milano 1985.

6. H. Mintzberg: "Progettazione dell'organizzazione aziendale". Ed. Il Mulino, Bologna 1985.

7. A. Rugiadini: "Il sistema organizzativo", in *organizzazione d'impresa*. Ed. Giuffrè, Milano, 1987; 42:245-249

8. A. Sarti, S. Squarcione, A. Scarafuggi, C. Neri: "Strutture Direzionali e Strumenti di Integrazione" 38° Congresso Nazionale Società di Igiene e Medicina Preventiva e Sanità Pubblica. Fiuggi, 27-30 settembre 1998.

9. A. Sarti, A. Antognozzi, L. Nardi, I. Montenora, L. Iacomelli: "Il Budget nelle Aziende sanitarie". Congresso Nazionale A.N.M.D.O. La Sanità nelle Regioni Strategie e Modelli organizzativi. Rimini 9-10-11-maggio 2001.

10. R. Silvi "Analisi Economico-finanziaria d'impresa", Clue Ancona, 1992

11. R. Silvi "La progettazione del sistema di misurazione della performance aziendale", G. Giappichelli Ed., 1995.

Divisorio mod. DUKO



Divisorio mod. RTI-RKS



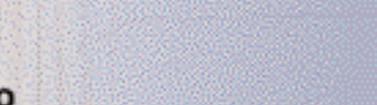
Paravento mobile FG 95



Combinazione divisorio mod. RTW



Mod. RTS-RTI



Cabine mod. RKS



ropimex
Mod. Brevettato

Distributore Esclusivista per l'Italia - **B.S.** s.r.l. Via Montalino 13 - Vimercate (Mi) -
Tel. 039 6083779 Fax 039 666850 - e-mail: bs2001@katamail.com

La donazione d'organi e tessuti: una normativa in evoluzione

Sommario

Gli autori analizzano l'evolversi del corpo normativo in tema di donazioni di organi e di tessuti dal 1958 fino alla più recente Legge 91/99. Ciò nell'intento di sottolineare gli aspetti di chiarificazione apportati dal corpo normativo e le modifiche di orientamento intervenute in termini solidaristici e di tutela della salute parallelamente all'evolversi delle conoscenze in campo medico/chirurgico e delle finalità terapeutiche dei trapianti

Summary

The authors analyse the evolution of the regulations body in terms of organ and tissue donations and transplants from 1958 to 1999 when Law 91 was enacted. This was to highlight the clarifying aspects introduced by the regulations body and the change in orientation present regarding solidarity and protection towards health and at the same time to the evolution of medical and surgical knowledge and for treatment purposes of transplants.

La tematica del prelievo di organi e tessuti post-mortem suscita interrogativi non solo nel Medico, nel Giurista e nel Filosofo ma anche nell'uomo comune. Si tratta di una tematica complessa, affrontando la quale siamo indotti a porci diversi quesiti che riguardano il limite della vita, la violabilità del corpo e la sua appartenenza dopo la morte, le garanzie che deve offrire la giurisprudenza e il corpo normativo per assicurare nel contempo la tutela della

Anne Marie Pietrantonio *
Raffaele Stacca**
Loredana Fornelli ***
Alfonso V. Anania ****

** Direttore Sanitario Stabilimento Ospedaliero di Carpi (MO)*
***Responsabile Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione – Ospedale di Carpi*
**** Medico Legale, borsista – Ospedale di Carpi*
*****Dirigente Medico di Direzione Sanitaria – Ospedale di Carpi*

Parole chiave: legislazione, organi, tessuti, donazione, trapianti

Key words: legislation, organs, tissue, donation, transplants

persona e dei famigliari e le esigenze di solidarismo legate alla consapevolezza che le donazioni costituiscono un atto in grado di restituire la salute ed in molti casi la vita.

La complessità dell'argomento giustifica la consistenza del corpo normativo che supporta il tema delle donazioni di organi e tessuti, nonché il suo faticoso procedere man mano che il progresso medico abbatteva barriere ritenute insormontabili. Si passa infatti da una legislazione chiusa della fine degli anni '50, che procedeva all'elencazione di alcuni organi e tessuti di cui era consentito il prelievo, ad una legislazione più aperta, che prevede la possibilità di prelievo di tutti gli organi con sole due eccezioni (encefalo e gonadi) e che ridefinisce completamente, con modalità più orientate alle esigenze solidaristiche e di salute, la tematica del consenso e delle condizioni nell'ambito delle quali il prelievo di organi e tessuti è consentito.

Questo breve excursus legislativo consentirà di cogliere le evolu-

zioni normative intervenute in questi ultimi 40 anni.

La prima normativa di riferimento sul tema delle donazioni è rappresentata dalla Legge 235 del 1957: "Prelievo di parti del cadavere a scopo di trapianto terapeutico", che consentiva il prelievo da cadavere della cornea e bulbo oculare se il soggetto ne aveva dato in vita autorizzazione o, in assenza di disposizioni dell'interessato, se non veniva espresso un diniego da parte del coniuge o dei familiari entro il secondo grado.

Il successivo DPR 300 del 1961: "Approvazione del regolamento per l'esecuzione della Legge 2 Aprile 1957, n.235, concernente il prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico", consentiva, previa autorizzazione del Ministero della Sanità, oltre al prelievo del bulbo oculare, anche quello di ossa e superfici articolari, muscoli, tendini, vasi sanguigni, nervi, cute e midollo osseo, aponeurosi, dura madre.

Il rene e le sue parti vengono aggiunti all'elenco con il DPR 1156 del

1965: “Modifica all’art. 1 del regolamento concernente il prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico,…”.

Nel 1967 con il DPR 458: “Trapianto del rene tra persone viventi”, viene introdotta un’importante novità in tema di donazione di organi. Per la prima volta infatti viene disciplinato il trapianto di un organo tra persone viventi in deroga all’articolo 5 del Codice Civile, che vieta gli atti di disposizione del proprio corpo quando da questi derivi un danno permanente. Tale deroga è limitata a genitori, figli, fratelli di maggiore età, capaci di intendere e di volere e solo in assenza di questi, estesa ad altri consanguinei o familiari o donatori estranei, previa verifica da parte di un Collegio Medico delle idoneità del donatore e della necessità del trapianto. Con riferimento alle stesse disposizioni, nel 1999 verrà approvata la Legge 482: “Norme per consentire il trapianto parziale di fegato”, che consentirà anche il prelievo di parti di fegato da viventi a scopo di trapianto.

All’elenco degli organi prelevabili da cadavere il DPR 78 del 1970: “Modifica dell’art. 1 del regolamento concernente il prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico, …” aggiunge il cuore e le sue parti, il polmone e le sue parti, vescica ed ureteri, segmenti del canale digerente, nonché le ghiandole esocrine ed endocrine con l’esclusione di quelle inerenti la sfera sessuale e la procreazione.

Il primo testo organico attraverso cui veniva rielaborata la materia è la Legge 644 del 1975: “Disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell’ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico”, a cui segue il DPR 409 del 1977: “Regolamento di esecuzione della legge 2 Dicembre 1975, n. 644, recante la disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico”.

Tale Legge prevedeva la possibilità di prelievo di organi e tessuti pres-

so gli Ospedali, gli Istituti Universitari e gli Istituti di Ricoveri e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) qualora dotati di rianimazione e di chirurgia generale, previa autorizzazione del Ministero. Le operazioni di prelievo di cornea potevano essere svolte anche in luoghi diversi, purché eseguite da sanitari appartenenti agli enti, istituti o case di cura indicati nella Legge. Il Collegio Medico deputato all’accertamento della morte a cuore fermo (prelievo di cornea) doveva essere composto da tre medici, tra cui un esperto in cardiologia ed un esperto in elettroencefalografia; per gli accertamenti relativi al prelievo multiorgano (a cuore battente) era prevista l’istituzione di un Collegio Medico costituito da un medico legale, da un medico anestesista-rianimatore e da un medico neurologo esperto in elettroencefalografia. Il periodo di osservazione per l’accertamento della morte nei soggetti af-

IL PERIODO DI OSSERVAZIONE PER L’ACCERTAMENTO DELLA MORTE NEI SOGGETTI AFFETTI DA LESIONI CEREBRALI PRIMITIVE E SOTTOPOSTI A MISURE RIANIMATORIE ERA DI DODICI ORE.

fetti da lesioni cerebrali primitive e sottoposti a misure rianimatorie era di dodici ore.

La problematica del consenso era affrontata all’articolo 6 della Legge, che consentiva il prelievo qualora in vita il soggetto non avesse esplicitamente espresso un diniego o gli avvenuti titolo non avessero sottoscritto un’opposizione entro il periodo di osservazione. Si poteva procedere al prelievo anche in assenza di consenso nel corso di riscontro diagnostico o di autopsia richiesta dall’autorità giudiziaria; dettato normativo usualmente disatteso nella prassi comune, in quanto veniva comunque richiesto sempre un consenso esplicito ai familiari.

Nel definire le condizioni che consentono il prelievo di organi la Legge recepiva il concetto di morte cerebrale riscontrabile attraverso la con-

temporanea presenza di una serie di condizioni cliniche rigidamente regolamentate; pur ammettendo una dignità autonoma alla morte cerebrale, la normativa vincolava l’accertamento della morte all’intenzione e alla possibilità di eseguire un prelievo di organi.

Il secondo comma dell’articolo 3 della suddetta Legge venne abrogato nel 1990 con l’emanazione della Legge 198: “Disposizioni sul prelievo da cadavere a scopo di trapianto terapeutico”; in tal modo le attività di prelievo non erano più subordinate all’acquisizione di apposita autorizzazione da parte del Ministero della Sanità. L’articolo 1 della Legge 198 recita infatti: “gli Ospedali, gli Istituti Universitari e gli Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico, qualora dotati di Reparti di Rianimazione e di Chirurgia Generale sono tenuti a svolgere attività di prelievo previa comunicazione in tal senso trasmessa al Ministero della Sanità. Il prelievo può effettuarsi altresì nelle Case di Cura Private all’uopo autorizzate dal Ministero della Sanità”.

Nel 1993 viene emanata la Legge 578: “Norme per l’accertamento e la certificazione di morte”, che consente di chiarire definitivamente le ambiguità esistenti in tema di definizione della morte; la normativa, recependo le più recenti e consolidate acquisizioni scientifiche, consente di considerare la morte non più come un evento istantaneo ma un processo, e di superare la dicotomia tra morte cardiaca e morte cerebrale. All’articolo 1 la Legge 578/93 recita: “la morte si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell’encefalo”; all’articolo 2 si precisa inoltre: “la morte per arresto cardiaco si intende avvenuta quando la respirazione e la circolazione sono cessate per un intervallo di tempo tale da comportare la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell’encefalo... La morte dei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie si intende avvenuta quando si verifica la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell’encefalo...”. Sia la Legge

578 del 1993, sia il Decreto Ministeriale 582 che a questa segue nel 1994: "Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte", non contengono alcun accenno alla problematica dei trapianti e dei prelievi; lo spirito della Legge è quello di svincolare la procedura per l'accertamento della morte e la relativa certificazione da qualsiasi destinazione d'uso degli organi. L'accertamento strumentale della morte sui soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie, effettuato secondo le modalità indicate, diventa un obbligo, indipendentemente dalla destinazione del cadavere, sia esso avviato alla sepoltura, alla cremazione o destinato al prelievo. La normativa definisce anche la composizione del Collegio Medico per l'accertamento della morte cerebrale nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie, che deve esprimere un giudizio unanime sul momento della morte: medico legale o, in assenza, medico di Direzione Sanitaria o Anatomopatologo, medico anestesista rianimatore, neurofisiopatologo o, in assenza, neurochirurgo o neurologo esperto in elettroencefalografia. Nel DM 582 vengono descritti in maniera dettagliata ed analitica i parametri da valutare per l'accertamento della morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie, e definito il periodo di osservazione: 6 ore per gli adulti, 12 ore per i bambini tra 1 e 5 anni, 24 ore nei bambini di età inferiore ad un anno. Sempre nel 1993 è stata emanata la Legge 301: "Norme in materia di prelievi e innesti di cornea", tuttora vigente. La Legge definisce le modalità di accertamento della morte (rilievo elettrocardiografico protratto per non meno di 20 minuti e suo accertamento da parte di un medico) e sancisce la possibilità di prelievo di cornee senza autorizzazioni particolari oltre che nelle strutture pubbliche, in quelle private e a domicilio.

La Legge subordina il prelievo al consenso esplicito dei famigliari, dando valore alla volontà del defunto so-

lo in caso di un eventuale diniego scritto espresso in vita dall'interessato. Su questo tema specifico, la Legge 301/93 evidenzia un profondo cambiamento di indirizzo rispetto alle Leggi 235/57 e 519/68, che prevedevano la possibilità di prelievo di cornee, pur in assenza di consenso, nel corso di riscontro diagnostico. Nell'Aprile del 1999 viene emanata la Legge n. 91: "Disposizioni in materia di prelievi e trapianti di organi e tessuti". Poiché la scarsa conoscenza sul concetto di morte cerebrale sembra essere all'origine di ingiustificati timori e quindi costituire uno dei maggiori ostacoli alla donazione, l'articolo 2 della Legge è interamente dedicato ai diversi aspetti della promozione dell'informazione sulle possibilità terapeutiche dei trapianti di organi e tessuti, non solo tra i cittadini, ma anche tra gli stessi Operatori Sanitari. Nell'ambito della individuazione dei

LA LEGGE 91/99 CONTIENE ELEMENTI ALTAMENTE INNOVATIVI SUL TEMA DELLE DONAZIONI ED OCCORRERÀ ANCORA MOLTO TEMPO PRIMA CHE POSSA RITENERSI A REGIME.

principi organizzativi delle attività di prelievo viene definita l'istituzione del Centro Nazionale Trapianti, dei Centri Regionali ed Interregionali, e introdotta la figura del Coordinatore dei Centri Regionali e del Coordinatore Locale. Ma l'aspetto più saliente della Legge è rappresentato dalla tematica del consenso. La normativa prevede infatti la richiesta a ciascun cittadino di esprimere la propria volontà in ordine alla donazione post mortem, informandolo contemporaneamente che la mancata dichiarazione di volontà è considerata equivalente all'assenso. I soggetti a cui non sia stata notificata la richiesta di manifestazione di volontà sono considerati non donatori. La Legge 91/99, una volta a regime, escluderà ogni potere decisionale dei famigliari in merito ai prelievi; è solo l'interessato che può e deve liberamente e consapevolmente decidere in vita. Tali disposi-

zioni in ordine alla manifestazione di volontà entreranno in vigore dal momento dell'attivazione del sistema informativo sui prelievi. Sino a quel momento sono di riferimento le disposizioni transitorie contenute all'articolo 23, che prevedono, previa informazione dei famigliari, la possibilità di procedere al prelievo, a meno che l'interessato non abbia in vita esplicitamente negato il proprio assenso; in tal caso il coniuge non separato o il convivente more uxorio o, in mancanza, i figli di maggior età o, in mancanza, i genitori possono presentare una opposizione scritta entro il termine corrispondente al periodo di osservazione. La Legge 91/99, dal momento dell'attivazione del sistema informativo sui prelievi che ne definirà la piena applicazione, consentirà anche l'abrogazione dell'articolo 1 della Legge 301/93, estendendo il principio del silenzio assenso informato anche alle donazioni di cornea, per le quali sino a quel momento restano in vigore le disposizioni che subordinano la possibilità di prelievo all'acquisizione di un consenso esplicito dei famigliari.

La Legge 91/99 disciplina sia le donazioni di organi che quelle di tessuti, a differenza di legislazioni in vigore in altre Nazioni che prevedono normative separate. All'articolo 1 viene infatti specificato: "La presente legge disciplina il prelievo di organi e di tessuti da soggetto di cui sia stata accertata la morte ai sensi della legge 29/Dic/93 n° 578...", che, unitamente al Decreto del Ministero della Sanità n° 582 del 94, prevede modalità di accertamento della morte differenziate: "a cuore fermo" e "a cuore battente". Mentre la Legge 644 del 75 subordinava la possibilità di effettuare prelievi di tessuti nelle strutture sanitarie dotate di reparti di rianimazione e di chirurgia generale, la Legge 91/99, all'articolo 13, consente la possibilità di effettuare prelievi di tessuti anche presso strutture sanitarie non dotate di reparti di rianimazione. Tuttavia, a differenza di quanto stabilito dall'articolo 3 della legge 301 del 93 sui trapianti di cornea, che prevede la possibilità di ef-

fettuare operazioni di prelievo anche a domicilio del defunto, la Legge 91 del 99, per evidenti motivazioni, non estende tale soluzione anche al prelievo di altri tessuti. Anche per i tessuti diversi dalle cornee, la disciplina del consenso, non appena la Legge sarà a regime, farà riferimento al principio del silenzio assenso informato.

Conclusioni

La legge 91/99 contiene elementi altamente innovativi sul tema delle donazioni ed occorrerà ancora molto tempo prima che possa ritenersi a regime. Ma il tempo che intercorrerà prima della applicazione della normativa dovrà trovare il pieno impegno delle Istituzioni competenti e degli Operatori Sanitari nello svolgere quelle attività di educazione e formazione della popolazione che costituiscono presupposto affinché ogni cittadino possa maturare un'espressione di volontà realmente consapevole e si realizzi quel cambiamento culturale che deriva dalla conoscenza e dalla consapevolezza degli aspetti di tutela della salute e di solidarietà sociale che derivano dall'atto della donazione.

Bibliografia

AA.VV.: "La disciplina giuridica dei trapianti - Legge 1 aprile 1999 n. 91", Ed Giuffrè, 2000

Bisante E. e coll.: "Disamina critica della Legge 301 in merito agli innesti corneali", *Oftalmologia Sociale* n. 4, 1999

Dianese G.: "La nuova disciplina dei trapianti di organi - Commento alla Legge 1 aprile 1999 n. 91", *Finanze e Lavoro* 1999

Mantovani F.: "Trapianti", *Dig. Disc. pubb.*, Sez. Pen., XIV, UTET, Torino 1999, p.329

Palermo V., Ravera E.: "Note sulla Legge 1/4/1999 n. 91 - Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e tessuti", *Rivista dir. prof. Sanitarie* 1999, p.104-117



LAVASCIUGA & FONENDOSCOPIO

La pulizia degli ambienti dove ci si prende cura degli ammalati o delle persone non autosufficienti è doppiamente importante, perché le buone condizioni igieniche sono, ad un tempo, la prima barriera contro le infezioni e il primo "indicatore" di qualità percepito dagli utenti.

Il know how e la cultura aziendale di Coopservice, impresa leader nel settore delle pulizie, offrono in proposito le più ampie garanzie, grazie ad una sperimentata gamma di servizi progettati a misura del committente. Un'attitudine che fa di Coopservice non un semplice fornitore ma un partner di fiducia.

Negli ospedali e nelle case di riposo Coopservice è in grado di risolvere qualsiasi problema d'igiene, come dimostra l'esperienza acquisita nella pulizia di: ambulatori, sale di degenza, strutture di pronto soccorso, sale operatorie, reparti di terapia intensiva e di medicina nucleare, reparti di riabilitazione, laboratori e di ogni altro ambiente sanitario.



Coopservice MOLTO PIÙ DI UN SEMPLICE FORNITORE

Coopservice • Divisione Pulizie • Carriago di Reggio Emilia
Via Bruno Bozzi, 2 • Tel. 0522 94011 • Fax 0522 940128
E-mail: info@coopservice.it



NELLA TERAPIA DELLE LESIONI CUTANEE

Katoxyn®

BOMBOLA SPRAY - POLVERE ASPERSORIA

*Argento metallico
catadionico micronizzato
ad azione antibatterica*

- Contiene argento chimicamente puro che non viene assorbito.
- Non induce resistenze batteriche, intolleranza, assuefazione.
- Riduce i tempi di guarigione.
- Non unge, non macchia la cute e la biancheria.



DEVERGE M.A.M. - TORINO

Caso Casale, 206 - Tel. 011.89.93.844 r.a. - Fax 011.89.95.514 e-mail: deverge@tiscali.it

L'ordinamento del S.S.N. fra competenze dello stato e competenze delle regioni

Riassunto

La lettura magistrale prende in esame la normativa vigente nel Paese, interessata durante il quinquennio appena trascorso da importanti mutamenti, molti dei quali ancora in corso: la delega legislativa conferita al Governo per razionalizzare il S.S.N., l'entrata in vigore del D. Lgs. 229/99 (c.d. riforma sanitaria ter) nell'esercizio della delega predetta, la riforma Bassanini, la legge 133/99 sul federalismo fiscale, la trattativa Stato Regioni sui deficit sanitari pregressi, la L.R. della Lombardia n. 31/97. La sfida è coniugare solidarietà ed efficienza: la scelta, con le riforme dei decreti legislativi 502/92, 517/93 e 229/99 e con la riforma del Welfare State oggi in atto, è quella di riaffermare il principio della "solidarietà sociale" garantendo da parte del sistema pubblico certi bisogni di salute, ma introducendo "regole" necessarie per aumentare il livello di efficienza nell'impiego delle risorse e di responsabilizzazione dei diversi "attori" sul rapporto risultati - risorse.

Summary

The lecture makes an analysis of the applicable law presently in force in the country, which has been affected all over the course of the latest five years by main development, not yet concluded as follows: legislative delegation assigned to the Government in order to rationalise National Health Service, resulted in the application of D. Lgs. 229/99, together with Bassanini's law, as well as Law 133/99 concerning tax federalism, negotiation between Government and Regions on prior health expenditure deficits, regional law of Lombardy n. 31/97. Challenge is to match economic efficiency and solidarity: the choice is to maintain the "social solidarity" principle, by granting some "health needs", introducing at the same time "policies" in order to increase efficiency level in the resources deployment and to make the players responsible about the achievement of the best possible result – tools ratio.

I nuovo assetto organizzativo e gestionale del S.S.N. risponde ad un'ottica ormai consolidata in tema di interventi governativi finalizzati ad una razionalizzazione e riorganizzazione di un settore della Pubblica Amministrazione, formata da processi attuativi di grande flessibilità e da una non indifferente pluralità dei livelli di interazione normativa: Parlamento, Governo, Ministero della Sanità, a livello centrale; Consigli regionali o provinciali, Giunte regionali o provinciali, a livello periferico (Fig. 2).

Di conseguenza, la nuova organizzazione sanitaria è disciplinata da un articolato sistema normativo in grado di ritagliare in dettaglio tale modello, al fine di adeguarlo anche alle particolari esigenze locali; in tal modo e' data la possibilità di differenziare sul territorio nazionale, distinte soluzioni operative regionali e/o provinciali anche sostanzialmente diverse dallo stesso standard nazionale, ove esista una reale esigenza o anche una semplice conveniente possibilità.

**Pietro Caltagirone (*),
Silvia Carabellese (**)**

(*) *Direttore Generale*

A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda – Milano

(**) *Resp. U.O. Pianificazione e Programmazione Strategica*

A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda – Milano

Parole chiave: delegificazione, dinamicità, programmazione, regionalizzazione del sistema, razionalizzazione della spesa, federalismo fiscale, solidarietà sociale, sussidiarietà solidale

Key words: deregulation, dynamism, planning, regional government, expenditure rationalisation, federal tax framework, social solidarity, solidal subsidiarity

1ª PARTE

Il legislatore ha improntato il sistema ad una completa delegificazione (es. i provvedimenti formali di approvazione dei Piani Sanitari Regionali), inconcepibile ed inattuabile nel passato, dando così sostanziale at-

tuazione a quel processo delegificativo ipotizzato nelle grandi riforme della Pubblica Amministrazione, al fine primario di disporre di strumenti normativi più rapidi per permettere un adeguamento tempestivo alle strut-

ture e servizi che corrispondano alla dinamicità intrinseca del settore sanitario.

Il SSN subisce ora notevoli inconvenienti legati al continuo rincorrersi delle istituzioni, a qualsiasi livello di governo della sanità (Stato, Regioni, Aziende sanitarie), per adeguare la regolamentazione della gestione sanitaria ad una normativa che di fatto si sovrappone alla precedente, contribuendo così a cambiare continuamente il sistema per cui è possibile sostenere che la trasformazione della sanità in atto è caratterizzata da un assetto dinamico in continua evoluzione generando anche confusione organizzativa (Fig. 3 - 4).

Esaminando tutto il processo di riassetto si osserva che gli atti di pertinenza attuativi della riforma fanno sostanzialmente capo a due soggetti: il potere centrale attraverso gli organi a ciò deputati (il Governo ed il Ministero della sanità) e, il potere periferico le Regioni o le provincie autonome di Trento e Bolzano.

In sede locale (Aziende sanitarie e Aziende ospedaliere) è il Direttore Generale aziendale il soggetto cui incombe il peso di attuare in loco i principi del riordino dettati dalla Regione.

Fatta questa premessa esaminerò la normativa sottolineando il passaggio dalla 833/78 alla 229/99 facendo anche riferimento alla L.R.31/97 ed alla riforma Bassanini concludendo con il federalismo fiscale.

La Legge 833/78

La legge 833 ha disposto che l'attuazione del S.S.N. compete allo Stato, alle Regioni ed agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini, riservando allo stato la funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative delle Regioni in materia sanitaria, attinenti ad esigenze di carattere unitario anche con riferimento agli obiettivi della programmazione economica nazionale, ad esigenze di rigore e di efficacia della spesa sanitaria (Fig. 5).

Sono attribuite allo Stato le funzioni amministrative concernenti:

- I rapporti internazionali e la profilassi internazionale, marittima, aerea e di frontiera, anche in materia veterinaria, l'assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero e l'assistenza in Italia agli stranieri e agli apolidi;
- la profilassi delle malattie infettive e diffuse, per le quali siano imposte la vaccinazione obbligatoria o misure quarantenarie, nonché gli interventi contro le epidemie e le epizootie;
- la produzione, la registrazione, la ricerca, la sperimentazione, il commercio e l'informazione concernenti prodotti chimici usati in medicina, i preparati farmaceutici, i preparati galenici, le specialità medicinali, i vaccini, gli emoderivati, i presidi sanitari e medico-chirurgici ed i prodotti assimilati ecc.;
- la coltivazione, la produzione, la fabbricazione, l'impiego, il commercio all'ingrosso, l'esportazione, l'importazione, il transito, l'acquisto, la vendita e la detenzione di sostanze stupefacenti e psicotrope;
- la produzione, la registrazione e il commercio dei prodotti dietetici, degli alimenti per la prima infanzia e la cosmesi;
- l'elencazione e la determinazione delle modalità di impiego degli additivi e dei coloranti permessi nella lavorazione degli alimenti e delle bevande e nella

produzione degli oggetti d'uso personale e domestico; la determinazione delle caratteristiche igienico-sanitarie dei materiali e dei reci-



La Legge 833/78

Principi ispiratori

Unico Ente erogatore

Parità di standard assistenziale

Assistenza a tutti i cittadini

Funzioni amministrative garantite dal S.S.N. (L. 833/78) (1)

- ☒ Rapporti internazionali e profilassi internazionale...
- ☒ Profilassi delle malattie infettive e diffuse...
- ☒ Produzione, registrazione, ricerca sperimentazione prodotti chimici ...
- ☒ Coltivazione, produzione, fabbricazione impiego sostanze stupefacenti e prodotti dietetici...
- ☒ Modalità di impiego degli additivi e coloranti...
- ☒ Standard dei prodotti industriali ...

Funzioni amministrative garantite dal S.S.N. (L. 833/78) (2)

- ☒ Indici di qualità e salubrità degli alimenti...
- ☒ Produzione, registrazione e commercio di sostanze chimiche...
- ☒ Controlli sanitari sulla produzione di energia termoelettrica e nucleare ...
- ☒ Prelievo di parti di cadavere ...
- ☒ Disciplina generale del lavoro ...

Funzioni amministrative garantite dal S.S.N. (L. 833/78) (3)

- ☒ Omologazione di macchine di impianti e di mezzi personali di protezione...
- ☒ Requisiti per i profili professionali degli operatori sanitari...
- ☒ Riconoscimento ed equiparazione dei servizi sanitari
- ☒ Ordini e collegi professionali
- ☒ Acque minerali e termali

- pianti destinati a contenere e conservare sostanze alimentari e bevande, nonché degli oggetti destinati comunque a venire a contatto con sostanze alimentari;
- gli standard dei prodotti industriali (Fig. 6);
- la determinazione di indici di qualità e di salubrità degli alimenti e delle bevande alimentari;
- la produzione, la registrazione, il commercio e l'impiego delle sostanze chimiche e delle forme di energia capaci di alterare l'equilibrio biologico ed ecologico;
- i controlli sanitari sulla produzione dell'energia termoelettrica e nucleare e sulla produzione, il commercio e l'impiego delle sostanze radioattive;
- il prelievo di parti di cadavere, la loro utilizzazione e il trapianto di or-

- gani limitatamente alle funzioni di cui alla legge 2 dicembre 1975, n. 644;
- la disciplina generale del lavoro e della produzione ai fini della prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali (Fig. 7);
- l'omologazione di macchine, di impianti e di mezzi personali di protezione;
- la fissazione dei requisiti per la determinazione dei profili professionali degli operatori sanitari; le disposizioni generali per la durata e la conclusione dei corsi; la determinazione dei requisiti necessari per l'ammissione alle scuole, nonché dei requisiti per l'esercizio delle professioni mediche e sanitarie ausiliarie;
- il riconoscimento e l'equiparazio-

- ne dei servizi sanitari prestati in Italia e all'estero dagli operatori sanitari ai fini dell'ammissione ai concorsi e come titolo nei concorsi stessi;
- gli ordini e i collegi professionali;
- il riconoscimento delle proprietà terapeutiche delle acque minerali e termali e la pubblicità relativa alla loro utilizzazione a scopo sanitario (Fig. 8);
- l'individuazione delle malattie infettive e diffuse del bestiame per le quali, in tutto il territorio nazionale, sono disposti l'obbligo di abbattimento, e, se del caso, la distruzione degli animali infetti o sospetti di infezione o di contaminazione; la determinazione degli interventi obbligatori in materia di zooprofilassi; le prescrizioni inerenti all'impiego dei principi attivi,

Funzioni amministrative garantite dal S.S.N. (L. 833/78) (4)

- ☒ Individuazione di malattie infettive e diffuse del bestiame ...
- ☒ Organizzazione sanitaria militare ...
- ☒ I servizi sanitari per le forze armate ed i corpi di polizia ...

Le funzioni delegate alle Regioni Legge 833/78

Funzioni amministrative proprie

Funzioni amministrative delegate

Funzioni legislative in materia di assistenza sanitaria ospedaliera

Funzioni amministrative garantite dalle Regioni (L. 833/78)

- ☒ Profilassi malattie infettive e diffuse
- ☒ Adempimenti disposti dall'autorità sanitaria statale
- ☒ Controlli sanitari sulla produzione di gas tossici e sostanze pericolose...
- ☒ Controlli dell'idoneità dei locali ...
- ☒ Controlli sulla produzione di prodotti dietetici

Legge 421/92 di accompagnamento alla legge finanziaria per l'anno 1992

- ☒ **Affida al Governo:**
 - ▣ la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria uniformi
 - ▣ la definizione degli standard organizzativi e di attività
- ☒ **Prevede per le Regioni:**
 - ▣ la piena responsabilizzazione
 - ▣ l'obbligo di attuare il modello delle aree funzionali omogenee con presenza obbligatoria di Day Hospital
 - ▣ la possibilità di ricorrere alla propria ed autonoma capacità impositiva

degli additivi e delle sostanze minerali e chimico - industriali nei prodotti destinati all'alimentazione zootecnica, nonché quelle relative alla produzione e alla commercializzazione di questi ultimi prodotti;

- l'organizzazione sanitaria militare;
- servizi sanitari istituiti per le Forze armate ed i Corpi di polizia, per il Corpo degli agenti di custodia e per il Corpo nazionale dei vigili del fuoco, nonché i servizi dell'Azienda autonoma delle ferrovie dello Stato relativi all'accertamento tecnico - sanitario delle condizioni del personale dipendente" (Fig. 9).

Alle Regioni invece, sono attribuite, ex art. 118 della Costituzione, le funzioni amministrative nelle materie elencate dall'art. 117 della medesima (Fig. 10), con facoltà di delega al-

le Province, ai Comuni o ad altri enti. A tali funzioni, che per loro natura e titolo di legittimazione costituzionale possono correttamente definirsi "proprie", cioè regionali e che pertanto possono esercitarsi anche in relazione alla legge di riforma sanitaria ed ospedaliera esplicitamente ricomprese nella elencazione delle materie di cui all'art. 117, si aggiungono le seguenti funzioni amministrative espressamente delegate dallo Stato alle Regioni ex art. 7 della l. n. 833 (Fig. 11) concernenti:

- a) la profilassi delle malattie infettive e diffuse;
- b) l'attuazione degli adempimenti disposti dall'autorità sanitaria statale;
- c) i controlli sulla produzione, detenzione, commercio e impiego dei

gas tossici e delle altre sostanze pericolose;

- d) il controllo dell'idoneità dei locali ed attrezzature per il commercio e il deposito delle sostanze radioattive naturali ed artificiali e di apparecchi generatori di radiazioni ionizzanti; il controllo sulla radioattività ambientale;
- e) i controlli sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici, degli alimenti per la prima infanzia e la cosmesi.

Sono, inoltre, attribuite alle Regioni le funzioni legislative in materia di assistenza sanitaria ospedaliera, nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalla legge dello Stato, confermando la loro competenza all'esercizio delle funzioni amministrative proprie o loro delegate. Le leggi re-

Legge di delega

- ☒ Ha oggetto definito
- ☒ Determina principi e criteri direttivi cui il Governo deve uniformarsi
- ☒ Stabilisce il tempo entro il quale il Governo può esercitare il potere delegato



**Decreto Legislativo (o Legge delega)
approvata dal Consiglio dei Ministri**

gionali devono conformarsi ai seguenti principi:

- a) coordinare l'intervento sanitario con gli interventi negli altri settori economici, sociali e di organizzazione del territorio di competenza delle Regioni;
- b) unificare l'organizzazione sanitaria su base territoriale e funzionale adeguando la normativa alle esigenze delle singole situazioni regionali;
- c) assicurare la corrispondenza tra costi dei servizi e relativi benefici.

È previsto inoltre che "le Regioni svolgano la loro attività secondo il metodo della programmazione pluriennale e della più ampia partecipazione democratica" predisponendo a tal fine Piani Sanitari Regionali previa consultazione degli enti locali, delle Università presenti nel territorio regionale, delle organizzazioni maggiormente rappresentative delle forze sociali e degli operatori della sanità militare territorialmente competente. Spetta inoltre alle Regioni la determinazione degli ambiti delle U.S.L. che devono coincidere con gli ambiti territoriali di gestione dei servizi sociali.

La Legge 412/91

Un contributo decisivo al riordino del sistema sanitario fu attuato dalla legge 412/91 di accompagnamento alla legge finanziaria per l'anno 1992 recante anche disposizioni in mate-

ria sanitaria.

Dei più rilevanti aspetti innovativi della legge ritengo opportuno sottolinearne alcuni e particolarmente quelli che ancora oggi esplicano in pieno i propri effetti (Fig. 12).

Viene affidata al Governo, con effetto 1.1.1992, la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale, nonché degli standard organizzativi e di attività da utilizzare per il

calcolo del parametro capitaro di finanziamento per ciascun livello assistenziale, sulla base dei seguenti limiti e principi:

- a) i livelli di assistenza sanitaria sono definiti nel rispetto delle disposizioni di legge, delle direttive comunitarie e, limitatamente alle modalità di erogazione, degli accordi di lavoro per il personale dipendente;
- b) gli standard organizzativi e di attività sono determinati a fini di calcolo del parametro capitaro di finanziamento e non costituiscono vincolo organizzativo per le Regioni e le Unità sanitarie locali;
- d) il parametro capitaro per ciascun livello di assistenza è finanziato in rapporto alla popolazione residente. La mobilità sanitaria interregionale è compensata in sede nazionale;
- e) per favorire la manovra di rientro è istituito, nell'ambito delle disponibilità del Fondo sanitario nazionale, un fondo di riequilibrio da utilizzarsi per sostenere le Regioni con dotazione di servizi eccedenti gli standard di riferimento.

La legge 412/91 prevede altresì:

- 1) La responsabilizzazione delle Regioni a ristrutturare la rete ospedaliera operando le trasformazioni di destinazione, gli accorpamenti e le disattivazioni necessarie per conseguire il raggiungimento dei parametri stabiliti, con la impor-

tante precisazione che il finanziamento del livello assistenziale corrispondente terrà conto esclusivamente dei posti letto e del tasso di utilizzazione prescritti.

- 2) L'obbligo per le Regioni di attuare, a modifica di quanto previsto dalla legge 12.2.1968 n. 132, il modello delle aree funzionali omogenee con presenza obbligatoria di Day Hospital (già prefigurato dalla legge 595/85 aree di medicina, chirurgia e specialità)

- 3) In caso di spesa sanitaria superiore a quella parametrica correlata ai livelli obbligatori uniformi, non compensata da minori spese in altri settori, le Regioni sono direttamente responsabilizzate a fronteggiare la situazione o :

- a) con il ricorso alla propria ed autonoma capacità impositiva,
- b) o adottando le altre misure, in condizioni di uniformità all'interno delle Regioni stesse e più precisamente:

➤ la erogazione delle prestazioni in forma indiretta con partecipazione alle spese anche differenziate per reddito;

➤ la maggiorazione delle vigenti quote di partecipazione dei cittadini al costo delle prestazioni, ferma restando l'esenzione dei soggetti esonerati dalla partecipazione stessa in base a leggi nazionali;

➤ la temporanea eliminazione delle prestazioni erogate a carico del Servizio sanitario nazionale ai sensi dell'art. 7 della legge 595/85 di una o più delle seguenti prestazioni:

- a) prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale a domicilio;
- b) prestazioni fisioterapiche oltre due cicli all'anno, salvo documentate forme croniche;
- c) prestazioni di assistenza infermieristiche e ostetrica a domicilio;
- d) prestazioni di ricovero ospedaliero in assistenza indiretta (fatta salva la possibilità di fruizione di prestazioni assistenziali in forma indiretta presso centri di altissima specializzazione all'estero in favore dei cittadini italiani residenti in Italia non ottenibili tempestivamente o

Legge di delega finalità:

- ☒ Ottimale e razionale utilizzazione delle risorse destinate al S.S.N.
- ☒ Perseguimento della efficienza
- ☒ Equità distributiva
- ☒ Contenimento della spesa sanitaria

Legge di delega principi e criteri direttivi (1):

- ☒ Riordinare la disciplina dei ticket
- ☒ Rafforzare le misure contro le evasioni e le elusioni ...
- ☒ Completare il riordino del SSN
- ☒ Definire i principi organizzativi della USL
- ☒ Ridurre il numero delle USL

in forma adeguata al caso clinico nel nostro Paese).

(La Legge 421/92 e la sua attuazione nei decreti legislativi 502/92, 517/93 e 229/99)

Il processo di riordino del S.S.N. formalmente intrapreso dalla legge 111/91 e dalla legge 412/91 (ma in realtà storicamente risalente alla legge 4/86 che come abbiamo visto dettava "disposizioni transitorie nell'attesa della riforma istituzionale delle UU.SS.LL."), trova un deciso e definitivo punto di svolta verso la fine del 1992, quando il Governo Amato constatata l'impossibilità di approvazione parlamentare del d.d.l. 4227, il c.d. "d.d.l. De Lorenzo", si rende promotore della iniziativa di sciogliere l'impasse mediante il ricorso alla legge delegata ex artt. 76 e 77, 1° comma della Costituzione (Fig. 13).

La delega è stata conferita dal Parlamento con la legge 23.10.1992, n. 421 ai fini della razionalizzazione e della revisione delle discipline riferite non solo alla materia sanitaria, ma anche a quelle del pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale. All'art. 1, interamente dedicato alla materia sanitaria, sono individuati i fini della delega ed i principi ed i criteri direttivi, vincolanti il Governo nella emanazione del decreto legislativo attuativo della delega.

Quanto ai fini essi vengono individuati nella ottimale e razionale utiliz-

zazione delle risorse destinate al S.S.N., nel perseguimento della migliore efficienza del medesimo a garanzia del cittadino di equità distributiva e del contenimento della spesa sanitaria (Fig. 14).

Quanto ai principi ed ai criteri direttivi: riportiamo in sintesi quelli che rappresentano l'"ossatura" del processo di riordino.

- a. riordinare la disciplina dei ticket e dei prelievi contributivi;
- b. rafforzare le misure contro le evasioni e le elusioni contributive e contro i comportamenti abusivi nella utilizzazione dei servizi, anche attraverso l'introduzione di limiti e modalità personalizzate di fruizione delle esenzioni;
- c. completare il riordinamento del Servizio Sanitario Nazionale, attribuendo alle regioni e alle Province autonome:
 - 1) la competenza in materia di programmazione e organizzazione dell'assistenza sanitaria e riservando allo Stato, in questa materia,
 - 1) la programmazione sanitaria nazionale,
 - 2) la determinazione di livelli uniformi di assistenza sanitaria
 - 3) e delle relative quote capitarie di finanziamento, secondo misure tese al riequilibrio territoriale e strutturale, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano; ove tale intesa non intervenga entro

trenta giorni il Governo provvede direttamente;

- d. definire i principi organizzativi delle Unità sanitarie locali come aziende infraregionali con personalità giuridica, articolate secondo i principi della legge 8 giugno 1990, n. 142, stabilendo comunque che esse abbiano propri organi di gestione e prevedendo un Direttore generale e un Collegio dei revisori. La definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività, l'esame del bilancio di previsione e del conto consuntivo con la remissione alla Regione delle relative osservazioni, le verifiche generali sull'andamento delle attività per eventuali osservazioni utili nella predisposizione di linee di indirizzo per le ulteriori programmazioni sono attribuiti al Sindaco o alla Conferenza dei Sindaci ovvero dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriali;
- e. ridurre il numero delle Unità sanitarie locali, attraverso un aumento della loro estensione territoriale, tenendo conto della specificità delle aree montane (Fig. 15);
- f. definire i principi relativi ai poteri di gestione spettanti al Direttore generale;
- g. definire principi relativi ai livelli di assistenza sanitaria uniformi e obbligatori, stabilendo comunque l'individuazione della soglia minima di riferimento e il parametro capi-

Legge di delega principi e criteri direttivi (2):

- ☒ Definire i principi relativi ai poteri di gestione spettanti al Direttore Generale
- ☒ Definire i principi relativi ai livelli di assistenza sanitaria uniformi/obbligatoria
- ☒ Attribuzione alle Regioni dei contributi mediante il FSR
- ☒ Introduzione di norme per la revisione ed il superamento del regime delle convenzioni

Legge di delega principi e criteri direttivi (3):

- ☒ Stabilire criteri per l'individuazione di ospedali di rilievo Nazionale/Alta Specialità
- ☒ Modalità di rapporti fra SSN ed Università
- ☒ Trasferimento del patrimonio
- ☒ Disciplinare il rapporto di lavoro
- ☒ Organizzazione del volontariato
- ☒ Dipartimento di Prevenzione

Legge di delega

Legge di delega
421/92

Legge di delega
419/98



D.L.vo 502/92
(modificato e integrato
dal D.L.vo 517/93)

D.L.vo 229/99

le risorse stabilite dalla legge finanziaria;

h. prevedere l'attribuzione, a decorrere dal 1.1.1993, alle Regioni e alle Province autonome dei contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale localmente riscossi con riferimento al domicilio fiscale del contribuente e la contestuale riduzione del Fondo sanitario nazionale di parte corrente; imputare alle Regioni e alle Province autonome gli effetti finanziari per gli eventuali livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi; le Regioni e le Province autonome potranno far fronte ai predetti effetti finanziari con il proprio bilancio, graduando l'esonero dai ticket, salvo restando l'esonero totale dei farmaci salva-vita;

i. introdurre norme volte, nell'arco di un triennio, alla revisione e al superamento dell'attuale regime delle convenzioni sulla base di criteri di integrazione con il servizio pubblico, di incentivazione al contenimento dei consumi sanitari, di valorizzazione del volontariato, di acquisizione delle prestazioni, da soggetti singoli o consortili, secondo principi di qualità ed economicità, che consentano forme di assistenza differenziata per tipologie di prestazioni, al fine di assicurare ai cittadini migliore assistenza e libertà di scelta (Fig. 16);

l. stabilire i criteri per le individuazioni degli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione, compresi i policlinici universitari, e degli ospedali che in ogni Regione saranno destinati

a centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza, ai quali attribuire personalità giuridica e autonomia di bilancio, finanziaria, gestionale e tecnica e prevedere, anche per gli altri presidi delle Unità sanitarie locali, che la relativa gestione sia informata al principio dell'autonomia economico-finanziaria e dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basato sulle prestazioni effettuate, con appropriate forme di incentivazione per il potenziamento dei servizi ospedalieri diurni e la deospedalizzazione dei lungodegenti;

- m. prevedere nuove modalità di rapporto tra Servizio sanitario nazionale ed università sulla base di principi che, nel rispetto delle attribuzioni proprie dell'università, regolino l'apporto all'attività assistenziale delle facoltà di medicina, secondo le modalità stabilite dalla programmazione regionale in analogia con quanto previsto, anche in termini di finanziamento, per le strutture ospedaliere; nell'ambito di tali modalità va peraltro regolamentato il rapporto tra Servizio sanitario nazionale ed università per la formazione in ambito ospedaliero del personale sanitario e per le specializzazioni post-laurea;
- n. prevedere il trasferimento alle aziende infraregionali e agli ospedali dotati di personalità giuridica e di autonomia organizzativa del patrimonio mobiliare e immobiliare già di proprietà dei disciolti enti ospedalieri e mutualistici che alla data di entrata in vigore della presente legge fa parte del patrimonio dei Comuni;
- o. prevedere che il rapporto di lavoro del personale dipendente sia disciplinato, individuando in particolare i livelli dirigenziali secondo criteri di efficienza, di non incremento delle dotazioni organiche di ciascuna delle attuali posizioni funzionali e di rigorosa selezione negli accessi ai nuovi livelli dirigenziali cui si perverrà soltanto per pubblico concorso;
- p. definire i principi per garantire i diritti dei cittadini nei confronti del

tario di finanziamento da assicurare alle Regioni e alle Province autonome per l'organizzazione di detta assistenza, in coerenza con

Competenze programmatiche nazionali 502/92 art.1

☒ **Centralità del Piano Sanitario Nazionale come strumento ineludibile della programmazione sanitaria stabilisce:**

- Ⓞ **obiettivi fondamentali di prevenzione, cura, riabilitazione**
- Ⓞ **linee di indirizzo della programmazione sanitaria**
- Ⓞ **i livelli di assistenza sanitaria**

PSN

- ☒ **Aree prioritarie di intervento**
- ☒ **Livelli uniformi di assistenza sanitaria**
- ☒ **Progetti - obiettivo**
- ☒ **Ricerca biomedica e sanitaria applicata**
- ☒ **Formazione di base del personale**
- ☒ **Indicatori di verifica**

Servizio sanitario anche attraverso gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti, favorendo la presenza e l'attività degli stessi all'interno delle strutture e prevedendo modalità di partecipazione e di verifica nella programmazione dell'assistenza sanitaria e nella organizzazione dei servizi;

q. prevedere che i servizi delle Unità sanitarie locali, siano organizzati nel dipartimento di prevenzione, articolato almeno nei servizi di prevenzione ambientale, igiene degli alimenti, prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro, igiene e sanità pubblica, veterinaria (Fig. 17).

Da qui ne consegue che il Governo nell'esercizio della delega ricevuta ha emanato il d.lgs. 30.12.1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23.10.1992, n. 421", e successivamente, avvalendosi della facoltà esplicitamente prevista dal 1° e dal 4° comma della legge delega, ha apportato al suddetto decreto disposizioni correttive ed integrative con il d.lgs. 7.12.1993, n. 517, portando così a compimento il processo di riforma nel termine previsto dalla legge delega (31.12.1993) (Fig. 18).

La programmazione

I primi due articoli del d.lgs. 502/92 definiscono le rispettive competenze programmatiche dello Stato e delle Regioni, e più precisamente:

All'art. 1 (Programmazione sanitaria nazionale e definizione dei livelli uniformi di assistenza) si afferma definitivamente la centralità del Piano sanitario nazionale quale ineludibile strumento della Programmazione sanitaria, e quale cornice di riferimento e di vincolo a monte di ogni altra iniziativa di riforma del sistema sanitario a livello centrale e locale.

Il Piano sanitario nazionale, nel rispetto degli obiettivi e dei vincoli della programmazione socio-economica nazionale e di tutela della salute individuati a livello internazionale, ed in coerenza con l'entità del finanziamento assicurato al Servizio Sanitario Nazionale, stabilisce (Fig. 19):

- a) gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura, riabilitazione;
- b) le linee di indirizzo della programmazione sanitaria;
- c) i livelli di assistenza sanitaria da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale a tutti i cittadini.

Il Piano sanitario nazionale indica altresì (Fig. 20):

- a) le aree prioritarie di intervento anche ai fini del riequilibrio territoriale delle condizioni sanitarie della popolazione;
- b) i livelli uniformi di assistenza sanitaria da individuare sulla base anche di dati epidemiologici e clinici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, rapportati al volume delle risorse a disposizione;

c) i progetti - obiettivo da realizzare anche mediante la integrazione funzionale ed operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio assistenziali degli enti locali, fermo restando il disposto dell'art. 30 della legge 730/83 in materia di attribuzione degli oneri relativi;

d) le esigenze prioritarie in materia di ricerca biomedica e di ricerca sanitaria applicata, orientata anche alla sanità pubblica veterinaria, alle funzioni gestionali ed alla valutazione dei servizi e delle attività svolte;

e) gli indirizzi relativi alla formazione di base del personale;

f) gli indicatori per la verifica dello svolgimento delle attività, per le analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati e l'erogazione delle prestazioni individuate dai livelli di assistenza.

Per quanto attiene agli aspetti procedurali il Piano sanitario nazionale (Fig. 21):

- è predisposto dal Governo, sentite le Commissioni parlamentari permanenti competenti per materia, che si esprimono entro trenta giorni dalla data di presentazione dell'atto (ed il termine obiettivamente breve fissato per l'esercizio della funzione consultiva di un atto di così rilevante importanza sembra accreditare l'ipotesi di una parte e non del tutto giustificata derubricazione dei poteri del Parlamento a favore dell'esecutivo). Non solo in-

PSN

- ☒ È predisposto dal governo
- ☒ Ha durata triennale
- ☒ Può essere modificato

con la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, si prevede (a conferma della matrice "dirigistica" della intera disposizione), che ove l'intesa non si realizzi entro 30 gg. dalla presentazione dell'atto, il Governo (pur in presenza di dissensi, o comunque di mancate convergenze), provveda direttamente "con atto motivato";

- ha durata triennale, ed è adottato dal Governo

entro il 31 luglio dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente;

- può essere modificato nel corso del triennio, con la stessa procedura prevista per la sua emanazione, anche per quanto riguarda i limiti ed i criteri di erogazione delle presta-

zioni e le eventuali forme di partecipazione alla spesa da parte degli assistiti in relazione alle risorse stabilite dalla legge finanziaria (con evidente ulteriore accentuazione della ineluttabilità del rapporto di compatibilità fra obiettivi da perseguire e risorse effettivamente disponibili). Le Regioni, entro 150 gg. dalla data di pubblicazione del Piano sanitario nazionale adottano e adoperano con le modalità previste dai rispettivi statuti i Piani sanitari regionali, uniformandoli alle indicazioni del Piano sanitario nazionale e definendo i modelli organizzativi dei servizi in funzione delle specifiche esigenze del territorio e delle risorse effettivamente a disposizione.

fatti il Governo predispose il Piano, ma può procedere alla sua adozione in difformità dal parere delle Commissioni purché motivi la sua diversa decisione, ed inoltre, pur essendo stabilito che l'adozione del Piano stesso avvenga d'intesa

**LA SECONDA PARTE PROSEGUE
SUL PROSSIMO NUMERO**

STANDARD TEXTILE

Standard Textile è leader nella fornitura di prodotti in tessuto riutilizzabili ad elevata tecnologia innovativa, per le seguenti strutture

INDUSTRIE

SANITA' PUBBLICA E PRIVATA

LAVANDERIE INDUSTRIALI

ISTITUZIONI

STANDARD TEXTILE

ALBERGHI

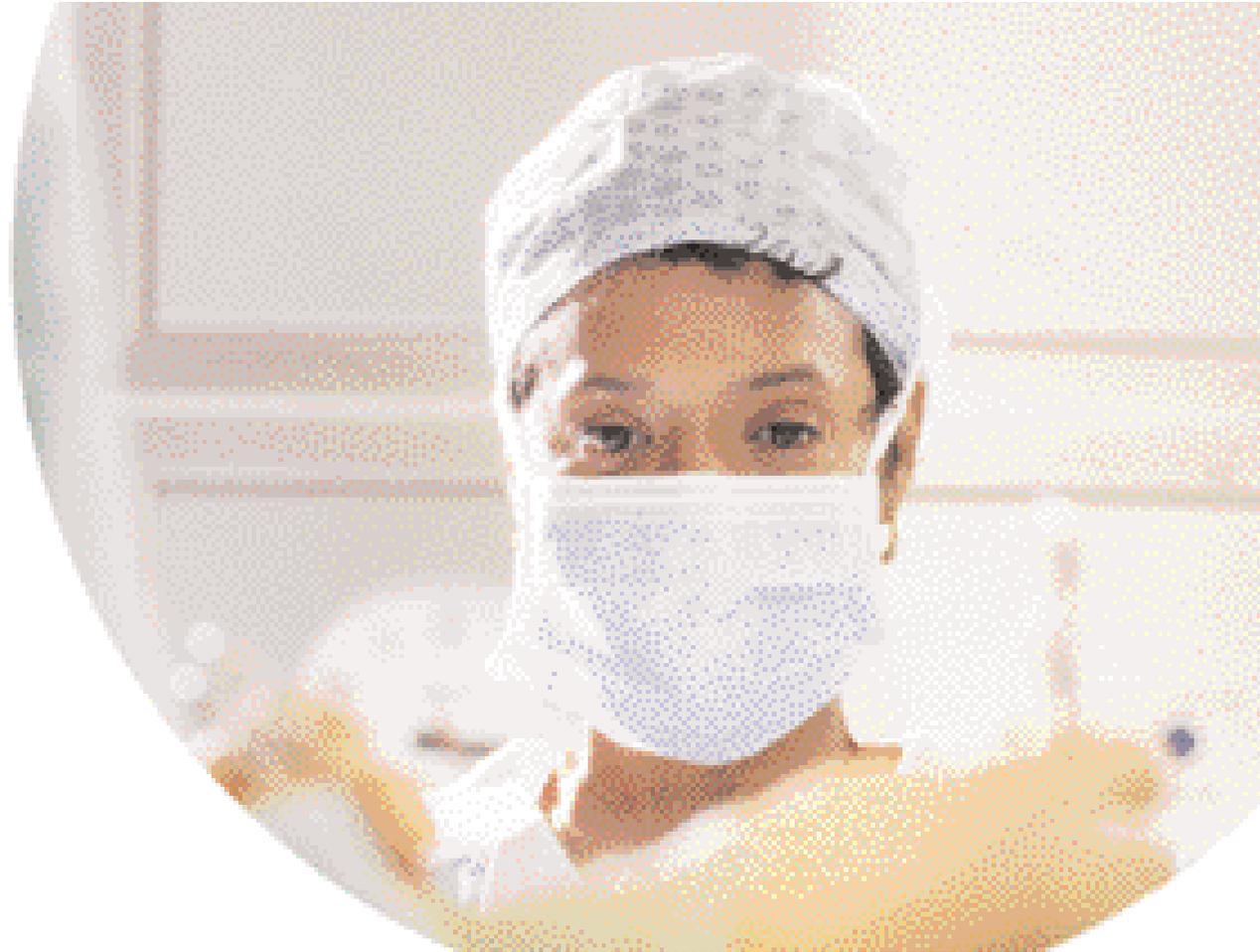
CASE ALBERGO E CASE RIPOSO

PRODOTTI PER L'ARREDAMENTO

Distribuiti in Italia da

VIP Medical S.r.l.

Via Val Cristallina, 27 - 00141 Roma - Tel. 06-87190950 Fax 06-87197119 numero verde 800 - 902 723
Internet: www.pfeiffertextile.com - E-mail: vipmed@tiscalinet.it e-mail: vipmed@iwind.it



studio amadei

CONSULENZA • FORMAZIONE • CONTROLLO QUALITÀ PER I SERVIZI DI PULIZIA

predisposizione degli elementi e dei criteri di valutazione

elaborazione griglie di controllo

gestione del piano di campionamento

estrazione a sorte dei controlli

determinazione dei risultati

elaborazione bilanci statistici dei risultati

Software SCS per la gestione del controllo di risultato dei servizi di pulizia

BASSIOMETRO
per la misurazione
della quantità di polvere
sulla pavimentazione



La day surgery dell'azienda ospedaliera "Ospedale San Carlo Borromeo" di Milano

Riassunto

In questo lavoro, gli Autori spiegano come hanno realizzato un'Unità Dipartimentale di Day Surgery dedicata, autonoma e polispecialistica, all'interno dell'Azienda Ospedaliera San Carlo Borromeo di Milano. Lo scopo di tale progetto, con riferimento alla sperimentazione regionale e nazionale, è quello di valutare coerentemente il modello gestionale, i suoi risultati clinici ed alcuni aspetti economici preliminari. Questa Unità si è dotata di un regolamento interno che stabilisce i percorsi e gli accessi dei pazienti, le interrelazioni coi diversi Reparti e coi diversi Servizi, le procedure ed i protocolli clinici, l'attivazione di un sistema di assistenza domiciliare, affidato ad una società privata, che ha permesso di operare in day surgery pazienti in età avanzata o con rischio operatorio maggiore, determinando quindi un aumento di "peso" della prestazione. È stata realizzata una lista delle procedure proponibili per la Chirurgia di Giornata, una consensuale riduzione dei posti letto pari al 16,96% dei posti letto dell'area chirurgica. L'appropriatezza di selezione e conversione dei pazienti è stata del 98% circa. La percentuale media di conversione, calcolata sui "DRG traccianti" è passata dal 33% del '99 al 52% circa del 2000. L'indice di gradimento dei pazienti è particolarmente alto (89% circa nel '99 e 92% nel 2000). Il costo medio della prestazione, da una valutazione iniziale ed ancora in corso da parte del nostro Ufficio di Controllo Gestione, sembra essere fortemente significativa, nonostante l'inserimento del costo dell'assistenza domiciliare, che comunque ha determinato un miglioramento della continuità assistenziale, un aumento di "peso" della prestazione ed una riduzione della percentuale di ospedalizzazione.

E. Maltagliati* V. Berta** L. Federico**

(*) Direzione Sanitaria

(**) Day Surgery (*)

Azienda Ospedaliera

"Ospedale San Carlo Borromeo" Milano

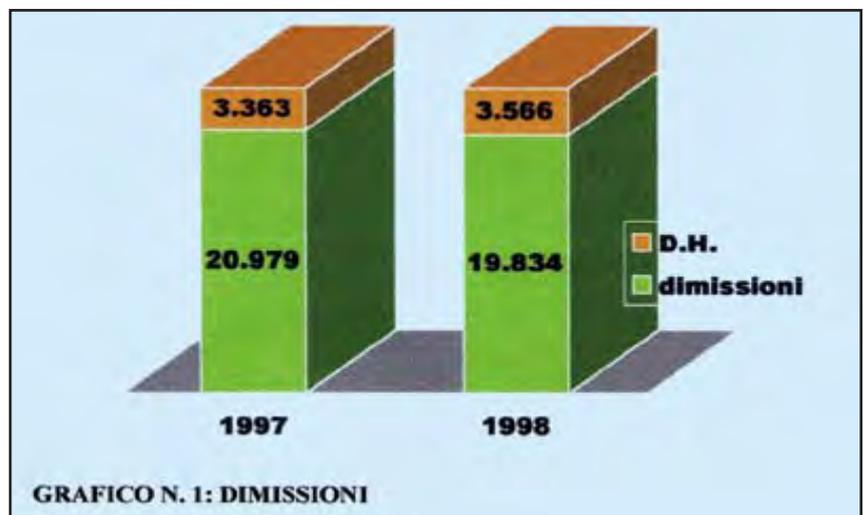
Parole chiave: day surgery - organizzazione - gestione
Key words: day surgery - organization - gestional aspect

Summary

In this work, Authors describe dedicated, autonomous and polyspecialistic Departmental Day Surgery Unit realization at S. Carlo Borromeo Hospital in Milan. This project evaluates managerial model, clinical results and a few cheap appearances and it is included in a regional and national experimentation. This unity has defined an internal regulation, establishing patients' ways and accesses, interrelations with other departments and services, procedures and clinical protocols, activation of a house aid system entrusted a private company. This partnership has allowed managing Day Surgery's patients in advanced age or with greater surgical risk, determining an increase of the performance. Surgical interventions

list has been realized. A consensual bed places of the surgical area reduction to the 16,96% has been realized. Proper selection and patients' conversion has been of about 98%. The middle conversion percent, calculated on the "DRG tracing", has been increased from 33% (1999) to about 52% (2000).

The patients index satisfaction is particularly high (about 89% in '99 and 92% in 2000). A preliminary evaluation of the Management Control Office shows a significant reduction of the middle performance cost. The additional cost of the house aid is not significant. The house aid has determined an improvement of the assistance continuity, an increase in performance and a percentage reduction of the hospital stay.



Introduzione

Questa Azienda Sanitaria è composta da un Presidio ospedaliero, due poliambulatori e servizi territoriali di assistenza psichiatrica. Il personale è composto da 2016 dipendenti per un totale di 730 posti letto, di cui 29 di D.H e 7 di D.S.

L'Attività di degenza ordinaria (dimissioni) è rappresentata nel grafico n.1.

L'obiettivo fondamentale e prioritario, anche in base alla legge regionale del 31/97, ci è subito parso essere l'equilibrio economico, l'azzeramento dei contributi regionali (fondo di riorganizzazione), la creazione dei piani strategici triennali per il rientro, la qualificazione e la riduzione del disavanzo di bilancio.

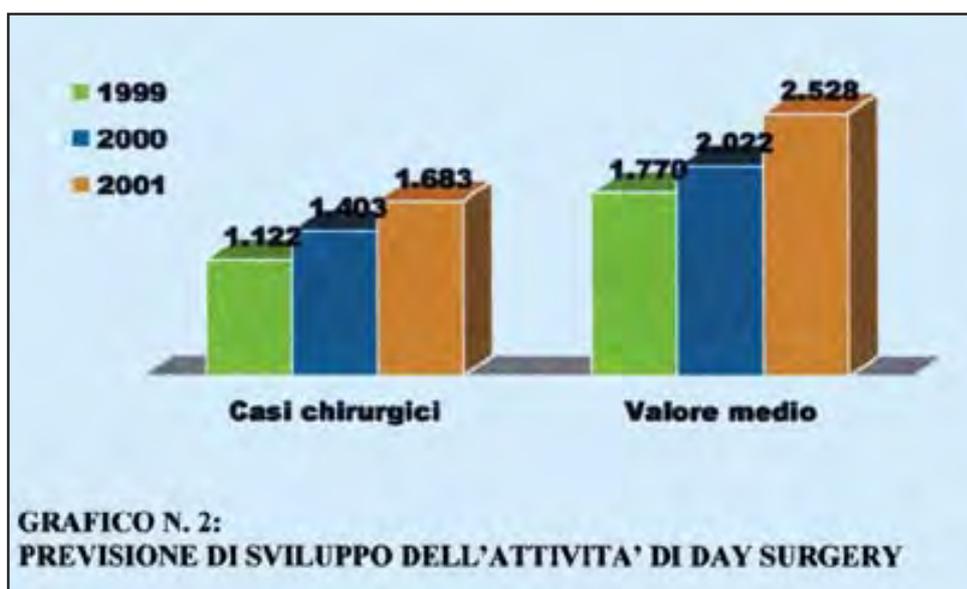
Non essendo possibile proporre una significativa mobilità del personale o un aumento dell'attività, abbiamo fortemente stimolato la riqualificazione e la riorganizzazione del personale e delle attività, il riassetto organizzativo della degenza, del peso delle patologie trattate, della diversificazione specialistica, del raggruppamento in strutture dipartimentali, nella realizzazione di strutture di supporto al percorso acuto e nell'implementazione dell'attività del controllo di gestione.

L'aumento della rilevanza diagnostico-terapeutica della patologia trattata avrebbe dovuto portare come conseguenza, allo spostamento verso il day hospital e soprattutto verso il day surgery, di pazienti affetti da patologie risolvibili mediante "l'Ospedale di Giorno".

Il tutto visto non solo sotto l'ottica economica aziendale e volto al gradimento della popolazione, ma anche mirato a ridurre il costo sociale dell'assenza lavorativa per malattia, tramite anche un più stretto collegamento coi medici di base che insieme ai nostri specialisti sul territorio avrebbero attuato i primi interventi.

Infatti le politiche perseguite nella riduzione del ricovero ordinario

DIVISIONI	1998	2000	VARIAZIONE %
DIVISIONI CHIRURGICHE	160	104	-35%
UROLOGIA	31	31	0%
VASCOLARE	20	20	0%
GINEC.OST.	40	40	0%
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA	32	40	25%
TOTALE	283	235	-16,96%



si sono fortemente basate su:

1. Istituzione ed attivazione, con opportune delibere, di una day surgery autonoma ed interdipartimentale, con possibilità di elevato ciclo produttivo (grafico 2);
2. riaccorpamento e riorganizzazione di posti letto di varie U.O. di chirurgia.

Materiali e metodi

E' stata realizzata (ottobre 1998) un'Unità dipartimentale dedicata, autonoma dal punto di vista organizzativo e gestionale, inserita nel

Dipartimento di Chirurgia, ma con carattere interdipartimentale in quanto vi afferiscono tutte le specialità chirurgiche presenti in ospedale (1, 2, 3, 4, 5).

Contemporaneamente è stata subito attuata la redistribuzione dei posti letto dell'intera area chirurgica, che ha determinato una riduzione di poco inferiore al 17% dei letti (tabella I).

L'applicazione del **progetto ministeriale per gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art. 1 comma 34 e 34 bis della legge 662/96**

- **Day surgery**, mette in particolare risalto alcuni elementi già condivisi dalle linee di politica aziendale, quali l'aumento del "peso" delle prestazioni, l'applicazione dei principi di umanizzazione, il miglioramento continuo dell'efficienza, la minima incidenza di complicanze, e di anomalie nei "percorsi", il miglioramento della continuità assistenziale e la maggior integrazione coi medici di medicina generale (7).

I **principali obiettivi** posti alla day surgery sono stati la liberazione dei posti letto destinati ai reparti tradizionali, il miglioramento dell'assistenza ai pazienti con patologie più impegnative, la riduzione delle liste di attesa, le facilitazioni psico-sociali dei pazienti e delle loro famiglie e la razionalizzazione ed il contenimento dei costi.

Le **caratteristiche essenziali** richieste alla day surgery sono state la massima efficienza, il contenimento dei tempi di attesa e di gestione dei pazienti, il contenimento dei costi, la bassissima percentuale di complicanze (0,2 - 0,5%), l'alto turnover dei pazienti e l'umanizzazione dei rapporti (8, 9, 10).

In particolare sono stati fortemente sottolineati quegli indicatori che ci avrebbero consentito di rilevare una riduzione dei costi medi delle prestazioni ed un miglioramento dei tempi di attesa a fronte di aumento delle prestazioni.

Il processo di **miglioramento della qualità** si è imperniato sullo sviluppo di una metodologia di assistenza domiciliare modulata sulle necessità cliniche del paziente e sulla realizzazione di una metodologia della comunicazione tra paziente - day surgery - medico di famiglia.

I destinatari del servizio sono i pazienti domiciliati nel territorio di Milano, preferibilmente nell'area sanitario - geografica in cui opera l'ospedale, in cura presso le diverse Divisioni Chirurgiche dell'Ospedale e portatori di patologie da sottoporre a trattamento in day surgery con eventuale assistenza domiciliare.

Lo sviluppo dell'assistenza domiciliare è potuto avvenire, dopo un'adeguata ricognizione, tramite un Contratto di collaborazione con una azienda privata, specializzata nel settore, che ci fornisce personale specializzato sul territorio ed un supporto anestesilogico ed infermieristico intra ospedaliero inteso ad aumentare l'occupazione delle sale operatorie.

La realizzazione di un Regolamento interno, annualmente rivisto, ha in primo luogo, sottolineato la definizione di day surgery, intesa come possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici, procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive praticabili in regime di assistenza ospedaliera chirurgica a ciclo diurno, in anestesia locale, loco-regionale o generale.

Il paziente viene ospedalizzato, si compila l'accettazione e la cartella clinica (11, 12).

Le caratteristiche organizzative essenziali si sono basate su principi di organizzazione del lavoro medico e infermieristico, qualifica professionale del personale medico e infermieristico, loro relative responsabilità, modalità di reperibilità del personale, modalità di raccolta della documentazione clinica, protocolli di ammissione / selezione dei pazienti, protocolli di cura, protocolli di dimissione, garanzia di continuità delle cure, gestione delle complicanze e delle emergenze, modalità di verifica dei servizi erogati (13, 14).

I reparti afferenti alla day surgery sono stati identificati nelle 3 divisioni chirurgiche a diverso orientamento specialistico, nella chirurgia ortopedico-traumatologica, nella chirurgia urologica, nella chirurgia vascolare e nella chirurgia ostetrico-ginecologica; mentre i servizi sono stati biochimica, immunematologia, cardiologia e radiologia.

Lo schema sintetico di percorso del paziente è stato così realizzato: i pazienti chirurgici che vanno

in ospedale trovano gli ambulatori chirurgici che devono visitare ed eseguire eventuale chirurgia ambulatoriale o predisporre per il ricovero ordinario, od infine, predisporre per il ricovero in day surgery, a secondo dei casi.

L'inserimento nella lista di attesa della day surgery è condizionato dalla compilazione di una **scheda di ammissione e consenso**.

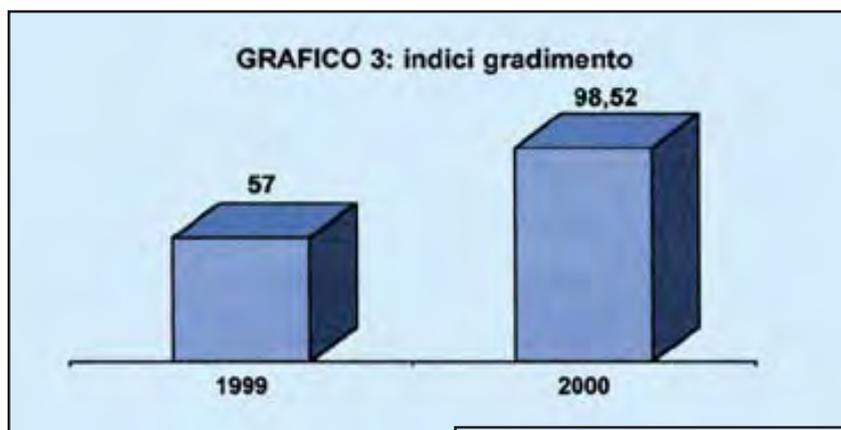
E' questo un modulo interno di inserimento del paziente nella lista di attesa della day surgery che riporta i dati anagrafici completi, la diagnosi, l'intervento proposto, i tempi operatori previsti, il tipo di anestesia, la dichiarazione di appropriatezza al trattamento, una sintesi anamnestica e la firma di consenso del paziente e del chirurgo.

Questo modulo consente il primo momento di verifica, facendo riferimento alla lista delle patologie comprese nel nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali ed alla lista delle patologie proponibili per il day surgery, da noi realizzata, anche in base alle indicazioni nazionali e delle diverse Società Scientifiche.

Infatti il medico e / o l'infermiere di day surgery verifica:

- che la patologia proposta sia nell'elenco delle patologie e delle procedure selezionate e concordate;
- che la patologia proposta non sia nel nomenclatore ambulatoriale (giustificazione scritta);
- che lo stato clinico del paziente consenta il trattamento in day surgery;
- che non esistano impedimenti familiari, sociali e/o logistici;
- che esista la reale necessità di assistenza domiciliare.

Una volta che i pazienti sono stati inseriti nella lista di attesa si deve sviluppare un processo di programmazione delle attività che porta a stabilire i successivi accessi: 1° accesso: esecuzione degli esami pre-operatori concordati, visita anestesilogica, controllo



logia dell'informazione in tutti i suoi aspetti, in modo che anche l'acquisizione dei diversi consensi avvenga con la piena collaborazione e comprensione del paziente.

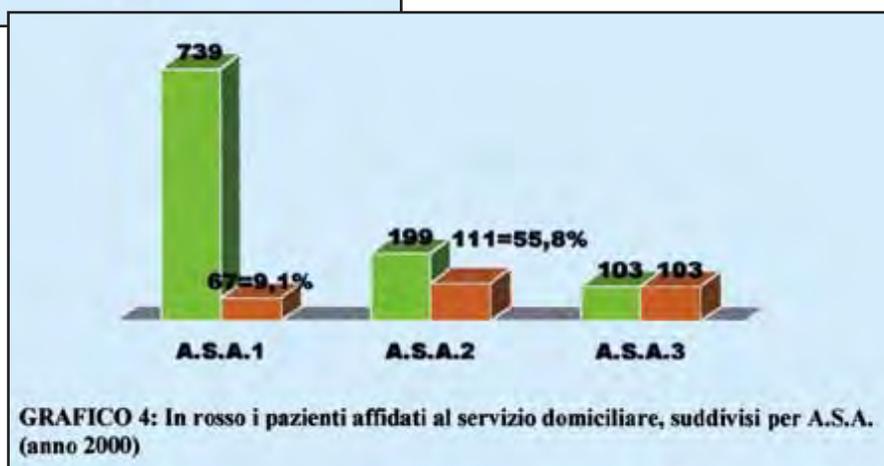
L'analisi di appropriatezza ed il primo accesso devono avvenire sempre secondo le modalità concordate (regolamento della day surgery) e sono momenti fondamentali per decidere l'iter successivo. Infatti, superati i vari filtri di

della corretta selezione del paziente, verifica della corretta compilazione dei consensi, delle prescrizioni pre-operatorie e delle comunicazioni al medico curante.

2° accesso: intervento chirurgico, breve post-operatorio con monitoraggio intensivo del paziente, dimissione concordata con prescrizioni complete per assistenza al domicilio, informazioni specifiche per la patologia in oggetto, associate ad una lettera per il medico curante.

Successivamente viene programmato il follow-up a 24 - 48 ore, a 6 giorni e a seconda della patologia trattata, anche a maggior distanza di tempo (15, 16, 17).

Nei casi in cui è stata ritenuta necessaria, si esegue l'assistenza domiciliare i cui standard essenziali sono: procedure operative scritte; protocolli di ammissione concordati e codificati; garanzia dell'intervento; reperibilità medica ed infermieristica 24 ore al giorno per 365 giorni all'anno con Medico sempre reperibile; assistenza programmata ed erogata di norma 12 ore al giorno per tutti i giorni dell'anno; centrale Operativa funzionante costantemente; disponibilità di accesso alla struttura del reparto (necessità diagnostiche o di ricovero); disponibilità di un sistema di telemedicina; organizzazione di un appropriato servizio logistico per assicurare la disponibilità di protesi, presidi, farmaci, eventuale trasporto dei pazienti, ecc.; utilizzo di cartella clinica domici-



liare; sistemi di pianificazione, gestione e controllo degli interventi; sistema di rilevazione ed analisi delle attività domiciliari. La responsabilità clinica dei pazienti durante la fase domiciliare della day surgery è del reparto e del medico responsabile (operatore). Il Medico di Medicina Generale viene comunque informato dello stato del paziente al momento della programmazione dell'intervento e della dimissione, che avviene sempre con relazione scritta.

Risultati

La verifica di appropriatezza eseguita al momento dell'inserimento in lista di attesa dei pazienti è migliorata tra il 1999 ed il 2000 passando dal 78 al 98%. Nell'ambito del progetto ministeriale che stiamo applicando è stato concordato che l'appropriatezza deve essere almeno dell'85% (Grafico 3).

Sin dal primo approccio col paziente, anche se telefonico, viene rigorosamente curata la metodo-

ammissione e verificati gli eventuali esami eseguiti, visita anestetologica, ecc., viene da subito stabilita e confermata la data dell'intervento, che corrisponde al 2° accesso, così come viene definito il Piano Operativo Domiciliare; contestualmente viene trasmessa la documentazione necessaria alla Centrale Operativa del Servizio Domiciliare.

Nel momento in cui il paziente ritorna a casa e lascia l'ospedale consideriamo che nel 75% dei casi si esegue un follow-up telefonico a 24 e 48 ore (registrati in cartella per l'analisi qualitativa delle prestazioni) e si predispone un 3° accesso per controllo ambulatoriale. Nel 25% dei casi si predispone un programma di assistenza domiciliare. E' ovvio che ciò avviene solo se è stata eseguita una preliminare identificazione dei casi per complessità assistenziale: in questo caso il follow-up è domiciliare.

L'Assistenza domiciliare, iniziata dal gennaio 2000, ci ha con-

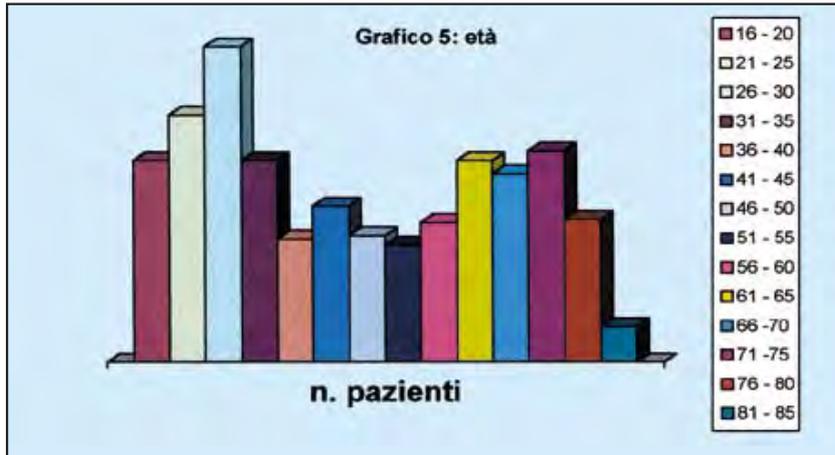


TABELLA II
Criteri medici di dimissione

- il paziente deve essere in grado di camminare
- non deve avvertire nausea e/o vomito
- deve poter assumere liquidi
- deve essere in grado di provvedere alla propria dimissione
- non deve lamentare eccessivo dolore, nè sanguinamento della ferita

Criteri sociali di dimissione

- il paziente dimesso dovrà essere accompagnato a casa da un familiare o, comunque, da persona di sua fiducia
- il paziente dimesso dovrà avere la certezza assoluta di potere - in ogni momento - comunicare con "day surgery" nelle 2 ore successive alla sua dimissione
- un adulto responsabile dovrà assistere nottetempo il paziente dopo la dimissione
- il paziente, in prima persona, dovrà essere in grado di comprendere le istruzioni, verbali e scritte, a lui impartite alla dimissione
- il paziente dovrà "sentirsi in grado" di lasciare la "day surgery" quando il sanitario ha deciso la sua dimissione

sentito di operare dei pazienti decisamente più anziani, superando quindi il limite dei 75 anni previsto dagli schemi previsti per la day surgery. E' aumentato anche il numero di pazienti complessi (A.S.A. 3) di oltre il 10%. (Grafico 4)

Complessivamente l'assistenza domiciliare è stata utilizzata nel 27% dei casi, facendo riferimento, nelle sue indicazioni, all'A.S.A. del paziente ed alla sua età, che nella nostra esperienza copre un range estremamente elevato arrivando fino ai 90 anni (Grafico 5). Ciò dimostra l'avvenuta applicazione del concetto di miglioramento conti-

nuo nell'impostazione e nello sviluppo dei processi, tenendo in particolare considerazione la centralità del paziente.

Discussioni e conclusioni

Dal punto di vista gestionale abbiamo considerato indispensabile privilegiare il concetto di unitarietà del processo organizzativo, gestionale e clinico.

L'Organizzazione della day surgery si deve porre degli obiettivi prioritari:

- realizzazione di diagnosi e cura tempestiva;

- riduzione dei tempi di attesa per l'intervento;
- contenimento dei costi;
- dimissione il giorno stesso dell'intervento, con massima tutela di paziente ed operatore;
- soddisfazione completa del "cliente" (paziente - operatori - Azienda Sanitaria).

L'approccio globale del sistema day surgery migliora la qualità, l'affidabilità, la sicurezza, la disponibilità, l'economicità, ecc. al fine di assicurare la soddisfazione finale del paziente che sostanzialmente si può concretizzare nella dimissione entro poche ore. La dimissione deve essere pensata e programmata sin dall'inizio del percorso, cioè sin dal momento dell'inserimento in lista di attesa. Perché ciò possa avvenire abbiamo dovuto compilare e concordare una cartella clinica specifica, una specifica modulistica e tutta una serie di procedure e di protocolli concordati coi diversi operatori.

Tutto questo materiale che è stato concepito anche in modo da consentire la facile trasposizione informatica, costituisce la base documentale, spesso non evidente, di tutta l'attività eseguita in day surgery (18).

Al momento reale della dimissione abbiamo previsto una fase specifica del post-operatorio che evidenzia su uno specifico modulo, sia i criteri medici, sia i criteri sociali di dimissione (Tabella II).

L'analisi di QUALITA' PERCEPITA è stata per ora rivolta esclusivamente ai pazienti ed ai loro familiari.

Il giudizio dei pazienti, richiesto e ratificato mediante un apposito questionario, ha dato risultati estremamente positivi nel 92% dei casi.

Gli errori più significativi, in ordine decrescente di incidenza, sono stati:

- difetto di segnaletica intra - ospedaliera
- percorsi intra - ospedalieri poco agevoli

- ridotto comfort alberghiero
- prolungamento dei tempi di attesa dell'intervento
- controllo del dolore

Più in generale, la creazione di un'Unità di day surgery comporta l'impiego di Investimenti più o meno significativi, in relazione con l'Unità di day surgery che si vuole realizzare:

- Letti dedicati: non necessitano di investimenti, ma confondono e complicano l'attività del reparto con l'attività di day surgery. Il costo di gestione non viene ridotto e semplificato in quanto corrisponde al costo globale del reparto di appartenenza. In questo caso l'attività non è polispecialistica e si tende a creare unità multiple
- Unità multidisciplinare autonoma: l'investimento è elevato e determinato dalla costruzione dell'unità sganciata dall'ospedale principale: la sua attuazione dovrebbe prevedere la ristrutturazione della rete ospedaliera
- Struttura dedicata autonoma: l'investimento è sostanzialmente azzerato in quanto la ridistribuzione e la riduzione dei letti determina la liberazione di uno spazio dedicato e polispecialistica all'interno dell'ospedale.

Per un'analisi dei costi accurata, si richiede comunque una formazione preliminare del personale medico ed infermieristico interessato, con l'obiettivo di migliorare la comprensione del significato e del valore dei DRG, la conoscenza dei parametri di valutazione dei costi in sanità, la gestione capillare dei costi diretti, la corretta selezione dei pazienti, la scelta adeguata degli esami preoperatori, pur nel rispetto delle linee guida delle diverse Società Scientifiche, dei farmaci e dei presidi.

L'inserimento della metodologia di assistenza domiciliare, avvenuta nel 27% dei pazienti operati, ha avuto un costo, per DRG corrispondente, variabile dal 6 al 10%.

Ha però determinato un'implementazione dell'attività con un aumento del 10% dei pazienti ASA 3, un allargamento delle patologie a mammella, colecisti, fratture in urgenza differita (19, 20).

La riduzione del costo medio della prestazione, che nell'ambito del progetto sperimentale era stata valutata almeno del 20%, sembra essere decisamente più significativa. Il costo della fase di diagnostica ed assistenza è aumentato del 6% (L. 369.244 nel '99 e L. 389.634 nel 2000) a fronte di un aumento medio dell'1% dei reparti di degenza ordinaria (L. 5.294.946 del '99 e L. 5.360.958 del 2000).

I casi operati, in cui è quindi compreso il costo di sala operatoria, hanno avuto un aumento di costo del 23% (L. 1.114.505 del '99 e L. 1.373.211 del 2000) a fronte di una diminuzione del 2% per i reparti di degenza ordinari, che hanno avuto un costo medio di L. 7.824.253 nel '99 e di L. 7.690.048 nel 2000. Ancora più significativa è la valutazione per unità di peso: infatti, limitatamente ai pazienti operati ed in cui è quindi valutato il costo della sala operatoria, la day surgery ha avuto un costo di L. 1.751.403 nel '99 e di L. 2.064.798 nel 2000 a fronte di un costo per unità di peso dei reparti di degenza ordinaria di L. 5.636.409 nel '99 e di L. 5.310.947 nel 2000. E' ovvio che queste cifre iniziali saranno la base di una serie di valutazioni gestionali, volte a meglio identificare i motivi e gli effetti di questa forte limitazione dei costi nei pazienti trattati in day surgery. E' altrettanto ovvio che la valutazione dovrebbe tendere ad avere una valenza più globale.

Si deve infatti prendere anche in considerazione la riduzione del costo dell'area chirurgica (>conversione in day surgery - flessibilità dei letti), la riduzione del personale (il suo riutilizzo), il risparmio regionale del 25% (in Regione Lombardia viene pagato il D.R.G. corrispondente al 75%) con rea-

lizzazione di più prestazioni per lo stesso tetto di spesa e la riduzione dei costi sociali.

Bibliografia

1. DPR 20/10/1992. Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per l'attivazione dei posti di assistenza a ciclo diurno negli ospedali
2. Delibera Giunta regionale Liguria n° 1576 - 24/5/96 - Atto di indirizzo e coordinamento per l'organizzazione del ricovero in regime di day hospital
3. 14/1/97: "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province Autonome di Trento e Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte di strutture pubbliche e private" G.U. n° 42, suppl. 37, 20/2/1997
4. Delibera n. 2088 del 9/4/97 della Regione Umbria: attuazione del DCR 296/96 "riorganizzazione della rete ospedaliera": linee guida per l'organizzazione dell'attività di day surgery
5. Delibera n. 34766 20/2/98 della Regione Lombardia: Direttive in ordine all'attività di day hospital e di day surgery
6. Decreto Legislativo n° 229 - 19/6/99 "Norme per la razionalizzazione del S.S.N."
7. Joint Commission accreditation for healthcare organization. Accreditation manual for ambulatory healthcare. Oakbook-Terrace, Il, Jcaho 1994
8. Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva - SIAARTI: raccomandazioni per l'anestesia in day hospital, 1997
9. Linee guida n.19 - Norme UNI

EN ISO 9002 nella chirurgia di giorno. Ed. UNI 1997

10. Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali: Requisiti minimi strutturali, impiantistici, tecnologici ed organizzativi per le strutture di day surgery. Roma 1997

11. V. Berta: Regolamento Unità Dipartimentale di day surgery. Milano 1998

12. B. D. Schirmer, D. W. Rattner: Chirurgia Ambulatoriale. Antonio Delfino Ed. Roma 1999

13. G. Bettelli: Board della qualità della SICADS: le basi della qualità in day surgery. Ed. Athena, 1999

14. Berta. e coll: Standard organizzativi della Day Surgery Unit. Atti I Congresso Nazionale S.I.C.A.D. Società Italiana di chirurgia am-

bulatoriale e di day surgery. Casa Editrice Mattioli, Milano 26-27 gennaio 1996, pag. 26

15. Berta, e coll: Informazione al Paziente e consigli alla dimissione dopo Day Surgery in rapporto alle complicanze possibili. Atti I Congresso Nazionale S.I.C.A.D. Società Italiana di chirurgia ambulatoriale e di day surgery. Casa Editrice Mattioli, Milano 26-27 gennaio 1996, pag.38

16. G. Bettelli: Sistemi di assicurazione della qualità e indicatori di qualità per la day surgery, Inserto IV Atti SICADS Tour 1997/98 - Linee guida regionali per un sistema moderno di ospedalizzazione chirurgica, Parma 28/2/98

17. M. Francucci e coll: Esperienza di un'unità di day surgery all'interno di un'Azienda Ospedaliera SI-

CADS Tour, inserto IV, 13, 1998. Cagliari

18. M. Francucci e coll: Implementazione di un sistema qualità in un'unità di day surgery. Arch e Atti della Società Italiana di Chirurgia. Ed. Pozzi. 100° Congr. Della Società Italiana di Chirurgia - III, 128, 1998

19. Berta, Maltagliati: Modello gestionale della day surgery dell'Az. Ospedaliera "Ospedale San Carlo Borromeo" di Milano - Day Surgery, 71, 1, 2000

20. Berta: Attività e risultati della sezione autonoma di day surgery nell'ambito di un grande ospedale milanese. Day Surgery, 23, 2, 2000

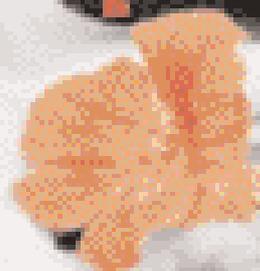
UMONIUM^{38®}

UNA NUOVA ERA PER LA STERILIZZAZIONE A FREDDO
NEL RISPETTO DELLA SALUTE DEGLI OPERATORI
E DELL'AMBIENTE

HH Huckert's international
Four best Partner in hygiene

IBHI
Tel 0744 221020 Fax 0744 229133
E-mail: ibhi@ibhibio.com
Sito: www.ibhibio.com

La client satisfaction attraverso la people satisfaction



Pedus Service: da 30 anni la qualità nei servizi

sanificazione

ristorazione

servizi ausiliari

Direzione generale
via Guarnello 23/C
24127 Bergamo
tel. 035.408.111
fax 035.408.409
www.pedus.it

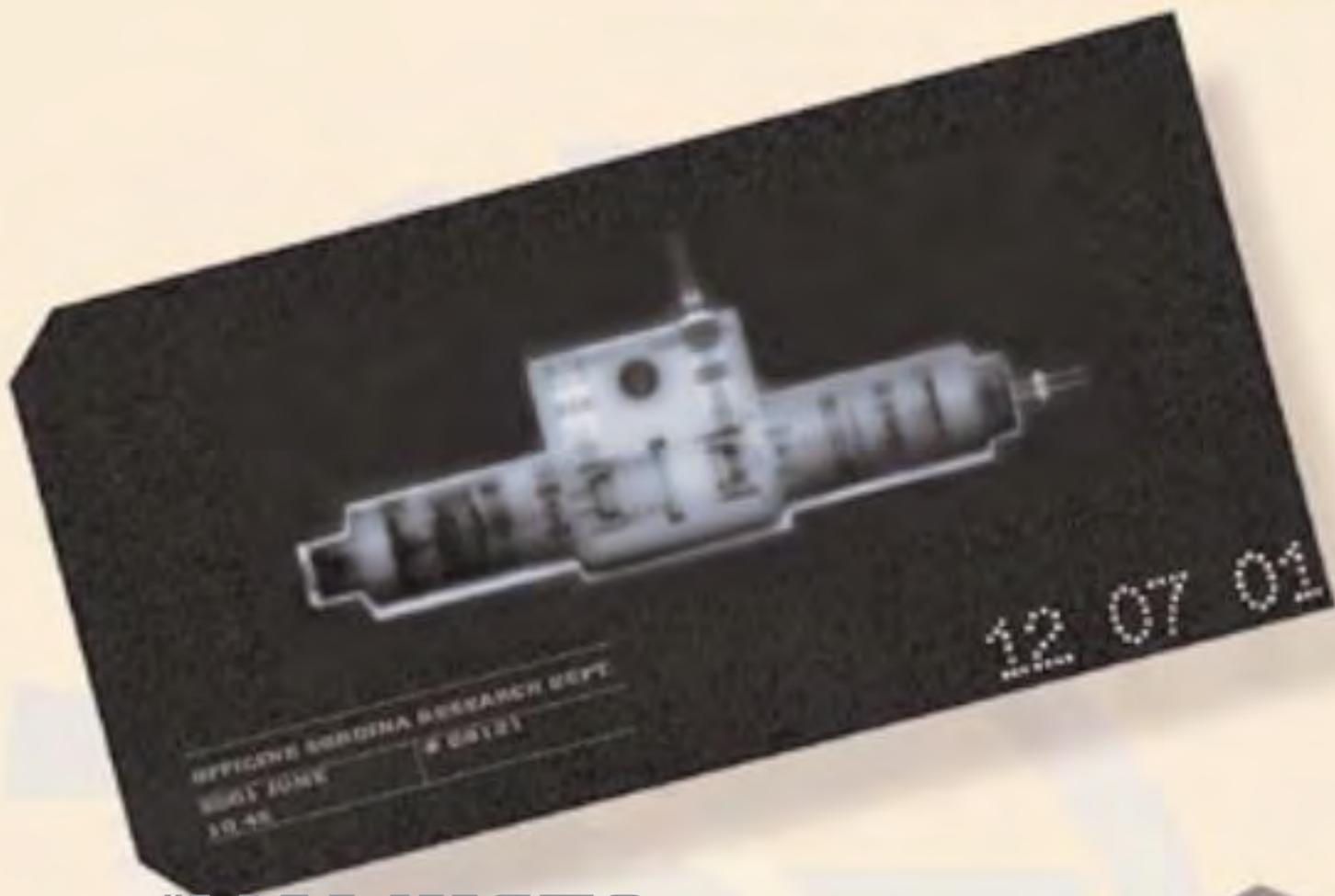
tüv
cert
Certificato di Qualità
ISO 9001



pedus service

SORDINA

OFFICINE SORDINA S.p.A. - VIA E. ROMAGNA, 9 - 35020 SAONARA (PD) - ITALIA



"MAI VISTO NIENTE DI SIMILE, DOTTORE."

Non solo, ma è impossibile vederla in qualsiasi altro tavolo chirurgico. E' la più piccola valvola di ritegno pilotata esistente ed è solo uno dei tanti particolari esclusivi della nuova linea MT System.

Una linea eccezionale per flessibilità e intercambiabilità, con un'unica base a colonna che riconosce e gestisce i piani, frutto di una tecnologia che rende superati tutti i tavoli chirurgici dedicati impiegati finora.



Da Sordina, il vostro partner più esperto,
affidabile e qualificato.

Officine Sordina S.p.A.

Via E. Romagna, 9
35020 Saonara (PD) Italia
Tel. +39 049 8792111
Fax. +39 049 8790377
E-mail: sordina@sordina.com
www.sordina.com



DEGENZA TRANQUILLA E SICURA



Un nuovo materasso antidecubito, CAREBED, di DI DEDDA, assicura una degenza tranquilla.

Uno dei problemi spesso sottovalutati dal personale ospedaliero che spesso investe i pazienti costretti a lunghi periodi di immobilità, è quello del formarsi di piaghe da decubito.

Il problema, causato dalla contropressione del materasso sul corpo, che supera la normale pressione dei capillari di circa

32mmhg che determina l'arrestarsi della perfusione periferica, può essere risolto grazie a materassi studiati proprio per controbilanciare la pressione sul corpo. DI DEDDA distribuisce CAREBED in Italia, un particolare materasso ad aria ridistribuita tra 300 cellule separate che grazie alla speciale pompa elettrica vengono gonfiate, che garantisce un'ottima prevenzione e trattamento delle piaghe. Facile da utilizzare, lavare e disinfettare, confortevole sia per il paziente che per l'operatore, Carebed è adattabile al letto che si utilizza, anche in presenza di una struttura articolata ed è realizzato con materia riciclabile.

M.B.

PORTE SCORREVOLI

Sono a tenuta ermetica ed in acciaio inox manuali ed automatiche le porte destinate all'edilizia ospedaliera e sanitaria.

Per sale operatorie

Le sale operatorie evolvono con la tecnologia chirurgica e medica, e sempre più è richiesta un'alta qualità dei componenti dell'involucro, in particolare per le porte che hanno il compito di separare gli ambienti,

ma anche di renderli comunicanti fra di loro garantendo le migliori prestazioni. Le porte scorrevoli ermetiche

PONZI METAFLEX sono dotate di un dispositivo esclusivo "alza e scorri" che permette a porta chiusa di far tenuta ermetica con speciali guarnizioni sui quattro

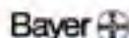
lati del suo perimetro. La tenuta ermetica è stata testata presso i laboratori di ricerca di Delft - Olanda per le innovazioni europee nelle sale operatorie.

S.G.



Bayer Diagnostics: innovazioni nel settore delle analisi critiche

La Diagnostica Bayer da tempo svolge un ruolo principale nel settore delle apparecchiature medicali e dei test con reagenti, compresi i sistemi per il monitoraggio della glicemia, analizzatori chimici dell'urina e strisce reattive per l'analisi dell'urina. Con l'acquisizione della Chiron Diagnostics (ex Ciba Corning Diagnostics), la Bayer Diagnostics si è associata ad un team con alle spalle una lunga storia e coronata da successi nel settore delle analisi critiche. Grazie alla nostra esperienza nel campo della qualità e dei servizi e alle avanzate apparecchiature Chiron, riteniamo di aver creato un team nuovo e migliore con il nome Bayer Diagnostics. Nel corso degli ultimi 30 anni, il nostro team ha offerto un'intera linea di prodotti per i casi critici. Così come sono andate migliorando la scienza e la medicina, altrettanto hanno fatto i nostri prodotti. Le apparecchiature di oggi sono molto più sofisticate dei modelli precedenti, potendo offrire un menu completo da un unico campione su un singolo strumento. Poiché le richieste di analisi critiche continueranno ad evolversi, risponderemo con prodotti e servizi tali da affrontare e vincere qualsiasi sfida.



Divisione Diagnostica

Milano - Via Grosio 10/4
20151 Milano

www.bayerdiag.com

Via Grosio 10/4
20151 Milano
Tel 02 3078.1 (ric. aut.) - Fax 02 3078.3047

Rapidpoint® 400

Il nostro primo sistema progettato per il funzionamento con cartucce multiuso, assenza totale di manutenzione, QC automatico, schermo a sfioramento, training a video, collegamento per il controllo centralizzato, tempo di analisi di soli 60 secondi. Permette di misurare l'emogaz, elettroliti ed il glucosio.





HOSPITAL PER GLI OSPEDALI

L'aspirapolvere Soteco studiato e realizzato per operare con assoluta efficacia negli ambienti più a rischio.

La polvere è uno dei nemici più subdoli per la salute. E non risparmia neppure gli ambienti che alla cura della salute sono deputati per eccellenza, laddove si debba operare in condizioni di sterilità e di massima igiene. Soteco, azienda cremonese del gruppo Interpump, leader mondiale nella produzione di apparecchi per la pulizia professionale, ha messo a punto Hospital, aspirapolvere ideale per ospedali e camere bianche. Mentre un normale aspirapolvere immette nell'aria circa 3 milioni di germi per ogni grammo di sporco aspirato, Soteco Hospital ne trattiene il 98%. Quattro gli stadi di

filtrazione - due filtri hepa, un filtro poliestere e un filtro carta - che costituiscono una barriera pressochè invalicabile anche alle particelle più minuscole, fino a 0,3 micron. Il fusto in acciaio inox AISI 304 garantisce l'accurata pulizia dell'apparecchio, mentre la bassa rumorosità (64 decibel) lo rende idoneo all'utilizzo anche in presenza di pazienti allettati. Montato su un carrello con ruote, gira su se stesso, consentendo di pulire a 360 gradi, ed è maneggevole e di facile trasporto. La ricca dotazione di accessori, inoltre, ne accentua le performances.

U.B.



L'ARGENTO METALLICO KATADINICO IN TERAPIA CHIRURGICA

Molte lesioni cutanee a decorso lento o cronico, come le piaghe da decubito, le ulcere vasculopatiche, le ulcere trofiche, le ferite, le abrasioni, le ustioni di grado intermedio, hanno sempre posto e pongono tutt'ora problemi non facili di terapia.

E' di fondamentale importanza una buona asepsi della lesione e contemporaneamente esercitare un'azione detergente per allontanare l'essudato, i detriti necrotici, gli inquinanti esterni. In particolare l'infezione ha sempre rappresentato il più frequente e temibile fattore di ostacolo alla

guarigione delle lesioni cutanee. Di qui l'importanza fondamentale di opporsi alla infezione con un valido antisettico. Fra le sostanze disponibili che posseggono praticamente tutti i requisiti ideali, ne ricordiamo due: l'argento e l'ossigeno

Specificatamente l'argento svolge un'attività battericida in quanto, in ambiente umido, libera ioni - argento che si legano alle proteine costituenti il cell-wall e la membrana citoplasmatica della cellula batterica, per cui ne consegue un'azione citotossica. Le proprietà antisettiche del metallo argento erano note fin dai tempi più lontani. L'ossigeno poi, specialmente quello allo stato nascente, svolge un'attività batteriostatica sui germi anaerobi. Un preparato che possiede tutte queste prerogative è il KATOXYN (Deverge di Torino), costituito dall'associazione di quattro componenti fondamentali : argento metallico katadinico micronizzato, benzoile perossido, calcio gluconato, bolus alba usta. Le caratteristiche farmacologiche e farmacodinamiche dei suoi componenti ed i favorevoli risultati clinici ottenuti, fanno di KATOXYN spray e polvere aspersione un valido antisettico, cicatrizzante e riepitelizzante da usare con fiducia nella pratica medico-chirurgica.

V.G.

	INGRESSI OSPEDALIERI POLIAMBULATORI
	INGRESSI PRINCIPALI CON PORTE GIREVOLI
	INGRESSI REPARTI PRONTO SOCCORSO
	PORTE ESMETICHE SALE OPERATORIE
PORTE AUTOMATICHE ESMETICHE per sale operatorie	SCORREVOLI per poliambulatori, fatri Pronto Soccorso
GIREVOLI Ingressi principali padiglioni ospedalieri	BATTENTE per degenza e sale operatorie
PONZI 1981/1991 - 1993	PORTE OSPEDALIERE
	BAGNARA (PA) • Tel. 0945.710091 • Fax 0945.710027 www.ponzi.it • ponzi@ponzi.it

**COMESA SISTEMI MEDICALI:
I PROFESSIONISTI DELLE SOLUZIONI
"CHIAVI IN MANO"**

La Comesa Sistemi Medicali, azienda certificata UNI EN ISO 9001:2000 con l'Istituto Certiquality, attraverso la formula "chiavi in mano" si propone sul mercato come un unico, valido, garantito interlocutore al quale affidare tutta la responsabilità della fornitura richiesta.

Le soluzioni "chiavi in mano" offerte dalla Comesa Sistemi Medicali si identificano in un prodotto/servizio o in una gamma di prodotti espressamente progettati per Blocchi Operatori, Reparti di Terapia Intensiva e Sistemi di trattamento e distribuzione dell'aria.

Applicando il concetto di sala operatoria prefabbricata sono in grado di garantire la massima flessibilità progettuale, spaziale e impiantistica, un'agevole ispezionabilità, la riduzione dei tempi d'intervento e soprattutto la capacità di poter assecondare rapidamente i contenuti tecnologici più evoluti, e di innovare e adattare in modo funzionale le loro proposte alle esigenze delle diverse specialità chirurgiche, sempre più differenziate e specializzate. La validità dei sistemi prefabbricati è altamente comprovata dalle innumerevoli realizzazioni portate a termine negli ultimi anni dalla Comesa

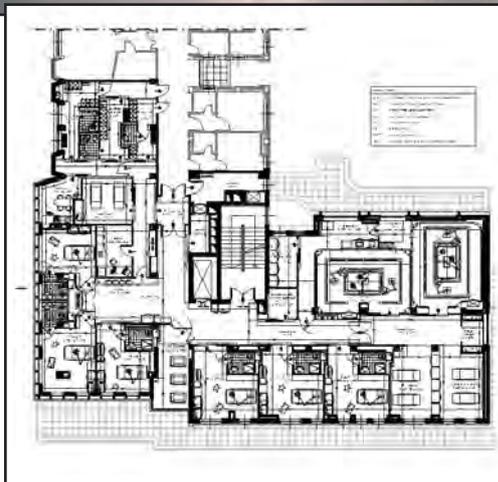
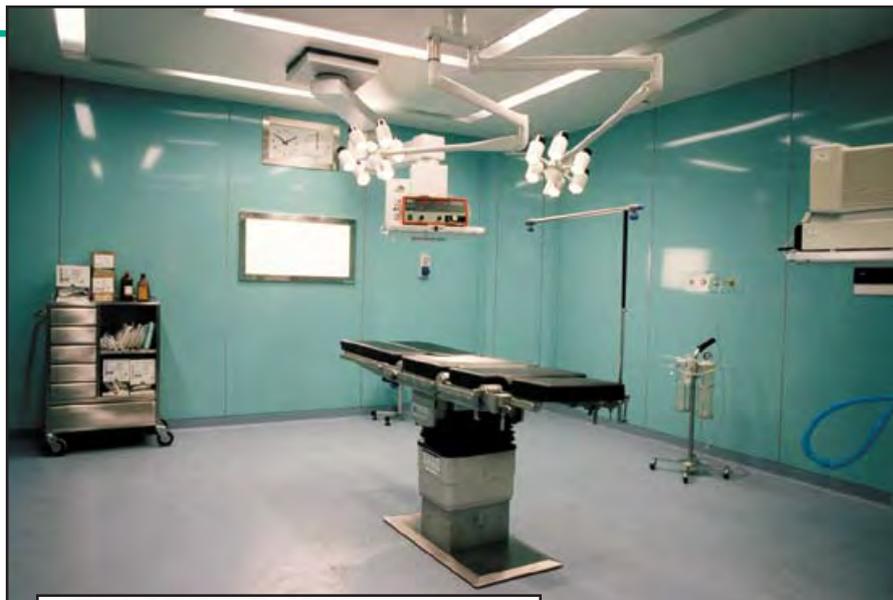
Sistemi Medicali. Oggi propongono una evoluzione del concetto di prefabbricazione, estendendola a tutto il blocco operatorio e alle aree specializzate presenti nella sanità. Questo innovativo sistema modulare di prefabbricazione consente, attraverso l'utilizzo di varie tipologie di materiali, la realizzazione di tutte le infrastrutture presenti all'interno dell'ambiente sanitario completandole con le varie attrezzature fisse necessarie.

L'utilizzo di questa soluzione ha richiesto anni di ricerca progettuale e tecnologica realizzando un prodotto finale che, curato in tutti i suoi particolari, si dimostra in grado di soddisfare tutte le esigenze produttive, economiche e di affidabilità.

La continua ricerca di sistemi innovativi che apportino un forte contenuto tecnologico unito alla qualità degli impianti, nel rispetto della sicurezza del paziente, è un tema sentito e sviluppato dalla Comesa Sistemi Medicali, che in quest'ottica ha introdotto in Italia fin dal 1997 un sistema integrato di trattamento dell'aria, di distribuzione delle utenze e di supporto delle apparecchiature in grado di ottenere livelli di sterilità fino ad ora mai raggiunti in sala operatoria. Attraverso l'applicazione di questo impianto d'avanguardia sono stati raggiunti significativi risultati nel miglioramento costante dei parametri di sicurezza per il paziente e del comfort per l'équipe medica, garantendo nell'insieme un'ottimale organizzazione dell'intervento chirurgico.

I progetti "chiavi in mano" trovano applicazione nella curata progettazione computerizzata dei reparti completi, dalle strutture costruttive alle singole apparecchiature, e nella realizzazione di tutte le opere affidate, dal progetto esecutivo al collaudo, con il massimo rispetto dei tempi di intervento previsti.

C.O.



I MERITI RICONOSCIUTI

Il dottor Gianfranco Finzi, Direttore della Direzione Medica Ospedaliera Area di Igiene, Prevenzione e Protezione dell'ospedale Sant'Orsola Malpighi di Bologna, è stato nominato dal Presidente della Repubblica Carlo Azeglio Ciampi Cavaliere dell'Ordine al merito della Repubblica Italiana.



Il prestigioso riconoscimento, assegnato il 2 giugno del 2000 in considerazione di particolari benemeritenze su proposta del Presidente del Con-

TRATTAMENTI DI STERILIZZAZIONE SICURI A PROVA DI TEST

STERIS realizza prodotti per la prevenzione di infezioni applicabili a una ampia varietà di tendenze dell'industria sanitaria.

Nelle aziende sanitarie si assiste a una continua evoluzione di procedure, sia cliniche, sia gestionali del servizio, che presentano punti di notevole criticità e che richiedono sistemi di prevenzione di infezione rapidi, sicuri ed efficienti. La sterilizzazione di strumenti chirurgici, il trattamento, la decontaminazione, la distruzione, lo smaltimento di rifiuti potenzialmente tossici sono solo alcuni degli aspetti che richiedono una vigilanza ai massimi livelli. Steris sviluppa, produce e fornisce apparecchiature per la prevenzione di infezioni e ha introdotto sul mercato STERIS SYSTEM 1, un sistema per la sterilizzazione di strumenti che permette agli operatori sanitari di sterilizzare in maniera sicura strumenti chirurgici e diagnostici tra un intervento e l'altro in meno di trenta minuti. Utilizzando la formulazione dell'Acido Peracetico, che ha dimostrato, sulla base di rigorosi test, il raggiungimento di un SAL (Livello di Sterilità Assicurata) di 10^{-6} , la tecnologia chimica anti-microbica della STERIS distrugge i microrganismi sulle superfici inanimate rapidamente e con sicurezza a basse temperature. È quindi il metodo più sicuro per vincere la sfida contro le infezioni, assicurando la perfetta sterilizzazione di strumenti.

M.M.

siglio dei Ministri, premia un brillante curriculum professionale, interamente all'insegna della dedizione per lo studio, la ricerca, l'attività a tutela della salute e in particolare dell'igiene ospedaliera e del controllo delle infezioni nosocomiali. Laureato nel 1975 presso l'Università degli Studi di Bologna, Gianfranco Finzi ha conseguito tre specialità, in Igiene e Medicina Preventiva, Laboratorio Analisi, Malattie Infettive. Ha svolto tutta la sua carriera all'interno della Direzione Sanitaria del Policlinico Sant'Orsola Malpighi, ascrivendo al suo attivo 150 pubblicazioni e due libri sul tema dell'Igiene, attualmente è Professore a Contratto presso l'Università di Bologna e di Ferrara, membro del Direttivo Nazionale dell'ANMDO e, inoltre, fa parte del Comitato di Redazione della Rivista "L'Ospedale".

N.B.



LA NOSTRA AZIENDA, CON IL COSTANTE PERFEZIONAMENTO DELLA SUA ORGANIZZAZIONE INTERNA E L'UTILIZZAZIONE DELLE NUOVE TECNOLOGIE, RISPONDE PERFETTAMENTE ALLE MODERNE ESIGENZE DI EFFICIENZA E PRATICITÀ DELL'INDUSTRIA ALIMENTARE, CON PRODUZIONI DI FREDDO, RISPONDENTI ALLE PIÙ SEVERE NORME DI SICUREZZA E DI FUNZIONALITÀ. SIAMO IN GRADO DI OFFRIRE ALLA CLIENTELA UN SERVIZIO COMPLETO, DALLA PROGETTAZIONE ALLA REALIZZAZIONE, SECONDO LE RICHIESTE DELLA COMMITTENZA E CON UN'ADEGUATA ASSISTENZA, LADDOVE SERVONO MATERIALI D'ARREDO PERFETTAMENTE RISPONDENTI ALLE NORME DI SICUREZZA E D'IGIENE. I NOSTRI PRODOTTI PROPONGONO SOLUZIONI IDEALI.

SONO COSTRUITI IN LAMINATI HPL STRATIFICATI AD ALTA PRESSIONE E TEMPERATURA, RICOPERTI E PROFILATI DA RESINE MELAMMICHE POLIMERIZZATE.

L'ASSENZA DI EMISSIONI GASSOSE E DI MIGRAZIONI GARANTISCE L'ASSOLUTA INNOCUITÀ NEI CONFRONTI DELL'AMBIENTE. LA RESISTENZA A TUTTE LE SOLVENTI E AI PRODOTTI CHIMICI NORMALMENTE PRESENTI NEI COMUNI DETERGENTI NE ESALTA LA FACILITÀ DI PULIZIA E LA RAPIDA IGIENIZZAZIONE.

GLI SPOGLIATOI SONO AMBIENTI MOLTO IMPORTANTI PERCHÉ ACCOGLIONO I LAVORATORI RISERVANDO LORO UN MOMENTO DI RELAX PRIMA DI AFFRONTARE L'ATTIVITÀ LAVORATIVA QUOTIDIANA. PER TALE MOTIVO È DOVEROSO CHE SIANO ACCOGLIANTI E FUNZIONALI.

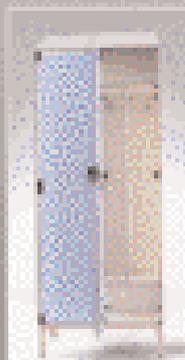
GES GROUP PROPONE L'ARMADIETTO SPOGLIATOIO SERIE "N", REALIZZATO IN LAMINATO STRATIFICATO A PRESSIONE, MM. 8, CON FINESTRA "ANTI-GRAFFIO".

L'ASSEMBLAGGIO DEI PANNELLI VIENE ESEGUITO CON SPECIALI GIUNTE IN NYLON DI NOSTRA PROGETTAZIONE. IL SISTEMA COSTRUTTIVO GARANTISCE UN PRODOTTO ELEGANTE ED ESSENZIALE, DI COSTRUTTA MODULARITÀ UNITO ALLA MASSIMA ROBUSTEZZA. LE LAVORAZIONI DEI PANNELLI IN LAMINATO STRATIFICATO VENGONO ESEGUITE CON L'UTILIZIO DI UTENSILI DIAMANTATI PER UNA MIGLIORE FINITURA.

GES GROUP PROPONE LE PARETI SANITARIE PMP 14, REALIZZATE IN LAMINATO STRATIFICATO A PRESSIONE, MM. 14, CON FINESTRA "ANTI-GRAFFIO".

LA COMPONENTISTICA UTILIZZATA È IN NYLON A CARICATO A ULTRAVIOLETTI, COLORE NERO.

TALE PRODOTTO DI LUNGA DURATA È PRIVO DI COSTI DI MANUTENZIONE INOLTRE CONNETTE UN'ELEGANTE ADATTABILITÀ A QUALSIASI ESIGENZA, ANCHE CROMATICA, OTTIMIZZANDO GLI SPAZI. LA C.R. CONTIENE I TRUCCHI DELLA TRADIZIONALE PITTORICA.



GES GROUP S.p.A.

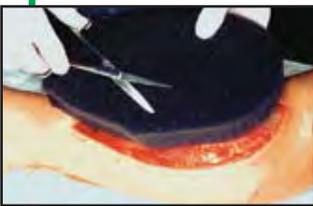
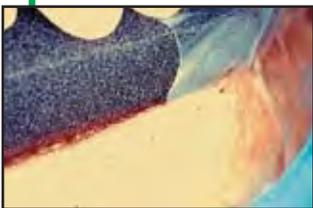
Via della Brescia, 14 - 37139 VERONA

Tel. 045.890.5470 - Fax 045.890.5471

Internet: www.gesgroup.it - E-mail: info@gesgroup.it



Unità motore V.A.C.®



PER LA CURA DELLE FERITE
L'impiego delle terapie V.A.C. comporta vantaggi terapeutici ed economici.

V.A.C., è un dispositivo medico KCI Kinetic Concept Inc. disponibile in Italia per la cura delle ferite; attraverso l'applicazione di una pressione negativa controllata, continua o intermittente tramite una medicazione inerte in materiale poroso sterile, favorisce la guarigione delle ferite in ambiente umido, stimola la neoangiogenesi, migliora l'ossigenazione tissutale riducendo l'edema, accelera la formazione del tessuto di granulazione attraverso la migrazione cellulare. E' dimostrata inoltre la riduzione della contaminazione batterica durante l'uso. L'efficacia della terapia è stata ampiamente dimostrata sulle lesioni da decubito, sulle ulcere di origine vascolare, sulle deiscenze di ferite chirurgiche e in chirurgia plastica in preparazione "del letto" della ferita ad innesti e trapianti cutanei. Negli ultimi due anni KCI ha notevolmente incrementato la propria presenza mondiale nel campo della guarigione delle ferite grazie alla massiccia diffusione della terapia VAC: solo in USA ci sono 7000 apparecchiature in uso al giorno!. Anche in Italia l'impiego di questa terapia ha dimostrato reali vantaggi sia in ambito clinico (efficacia terapeutica) che in ambito economico (contenimento dei costi). KCI inoltre progetta, produce e distribuisce soluzioni terapeutiche innovative, quali letti specialistici, materassi terapeutici per la prevenzione e il trattamento di lesioni cutanee, complicanze circolatorie e polmonari associate all'immobilità. La filiale italiana è KCI Medical S.r.l. di Assago (MI).



Unità motore miniV.A.C.®



G.S.

OBIETTIVO SICUREZZA
Mocom ha realizzato un nuovo sterilizzatore, sicuro, rapido e semplice da utilizzare.

Il gruppo di lavoro WG5 della Commissione tecnica nominata dal Comitato



Europeo di Normalizzazione (CEN), ha recentemente avviato una svolta nel campo dei piccoli sterilizzatori a vapore classificandoli in tre tipi (classe B, classe S, classe N) a seconda delle prestazioni e della struttura dei cicli.

Di classe B sono definiti i macchinari specifici per una sterilizzazione profonda dei materiali più critici come i porosi o i cavi estremi imbustati. Mocom, membro della prestigiosa commissione europea, mossa da tempo dall'obiettivo di aiutare i professionisti a contrastare la diffusione di patologie infettive, ha spe-

so la propria tecnologia d'avanguardia e le proprie competenze nella realizzazione di EXTREMA PLUS, uno sterilizzatore di classe B, di altissimo livello, già testato con successo in diversi istituti ospedalieri, dotato di un sistema di controllo elettronico integrale che permette una verifica incrociata del processo a cui viene sottoposta la strumentazione, per garantire in un tempo ridotto (25 minuti per un carico di 6 kg, riducibile fino a 10 minuti in casi di estrema urgenza), risultati ottimali. EXTREMA PLUS, facile da usare grazie a uno schermo a cristalli liquidi che guida l'operatore in tutte

le fasi del funzionamento, offre 4 programmi pre-selezionati, un ampio spettro di programmi definibili a seconda del materiale da sterilizzare, asciugatura sottovuoto pulsato con ventilazione forzata e un carico e scarico dall'acqua automatico. In soli 456x400x516 mm di dimensioni, con un peso di 55kg e un volume della camera di 17 litri, è dotato di portavassoi a tre scomparti con 3 vassoi in acciaio inox, un filtro batteriologico, 2 taniche, una di scarico e una esterna di carico con rubinetto, anche se è facilmente installabile con collegamenti alla rete idrica.

M.M.



COME POSSIAMO PROTEGGERE QUESTA PAZIENTE IN SALA OPERATORIA DAL RISCHIO DI FARSI DEL MALE?

Life is full of compromises.

Tutti sappiamo che non devono esistere compromessi con l'aspirazione: un simile compromesso, prima o durante un intervento chirurgico può avere serie conseguenze^{1,2,3}.

Le statistiche europee riportano una percentuale di infezioni post-operatorie della ferita chirurgica pari al 5%. Molto spesso, la causa di queste infezioni sono i batteri che migrano dalla cute del paziente fino alla ferita chirurgica, durante l'intervento.

Per impedire che questo si verifichi occorrono sistemi di copertura impermeabili, proprio come Klinidrape. L'impermeabilità, l'eccellente controllo del liquido, ed il nuovo concetto Klinidrape come draping fissano gli standard nel drappeggio per un migliore controllo delle infezioni in sala operatoria. Per ulteriori informazioni su Klinidrape come draping e sul sistema completo di servizi e di prodotti Klinidrape, potete consultare il sito www.klinidrape.com o contattarci direttamente all'indirizzo sotto riportato.

© Meriva AB, Finlandia, I. Schön, S. Pää, E. Virtanen
Klinidrape: permeabilità e controllo contaminazione
during operations
See Us First www.klinidrape.com

**LE DIVISE KLINIDRAPE
PER SALA OPERATORIA:
UNA SCELTA DI QUALITÀ**
*La divisa in cotone tradi-
zionale è di uso comune
nella maggior parte del-
le sale operatorie.*



FILTRAZIONE SICURA

L'unità Pall AQUASAFE-Endoscopy protegge dalle contaminazioni presenti nell'acqua.

*L'impiego dell'endoscopia è una pratica da anni consolidata ed ampiamente diffusa nell'ordinaria routine clinica. L'endoscopio tut-
tavia può diventare, nel caso di una sua
non ottimale disinfezione, un veicolo di
trasmissione di germi e quindi un po-
tenziale pericolo. Nella letteratura scien-
tifica, infatti, sono segnalati numerosi ca-
si di infezioni ospedaliere imputabili a
disinfezione impropria di endoscopi. Nel-
la contaminazione dei broncoscopi cau-
sata da microrganismi sembra giocare
un ruolo importante l'acqua di risciac-
quo utilizzata per questi strumenti (Noy
et al. 1990, Lessing 1993, Helston, Hay*



1990). Ne consegue la necessità di adeguati protocolli di pulizia e disinfezione ed inoltre il controllo dell'acqua usata in questa operazione. La fase di risciacquo ha lo scopo di eliminare totalmente eventuali residui di sterilizzante da tutta la superficie dello strumento, anche dai canali interni. Tuttavia, la fase di risciacquo è una fase critica (come dimostrato in letteratura) anche dal punto di vista microbiologico. Pall essendo un'azienda da anni impegnata nel settore della filtrazione, ed avendo acquisito un'ampia esperienza nel trattamento dei fluidi nel settore industriale, ha sviluppato una soluzione di filtrazione che ha l'obiettivo di fornire sicurezza assoluta e garanzia di risultato. Tale tecnologia comporta l'utilizzo di filtri con porosità a scalare e filtrazione finale sterilizzante a protezione assoluta da possibili contaminazioni presenti nell'acqua. Questi filtri hanno il prerequisito della facilità di gestione, dell'applicabilità universale indipendentemente dalla macchina installata, e dell'economicità. Il prodotto che racchiude in sé questa tecnologia e garanzia di prestazione è denominato Pall AQUASAFE - Endoscopy.

Descrizione: Pall AQUASAFE - Endoscopy è un sistema di trattamento dell'acqua specificatamente concepito per le macchine di lavaggio e sterilizzazione. Si installa immediatamente a monte della macchina per un utilizzo diretto sulle apparecchiature. Prove condotte con una contaminazione a challenge nota dell'acqua a monte del sistema hanno dimostrato che Pall AQUASAFE-Endoscopy fornisce acqua esente da batteri; tutti i controlli microbiologici effettuati per un periodo superiore a sei mesi, hanno dato esito negativo. La sequenza di filtrazione scelta ha consentito di fornire acqua microfiltrata in continuo senza rischio di blocchi e fermi macchina. L'integrità dei filtri, verificata alla fine dell'utilizzo, ha dimostrato la perfetta tenuta durante l'esercizio. Pall mette quindi a disposizione la propria esperienza nel controllo della contaminazione e delle infezioni ospedaliere offrendo soluzioni diversificate che rispondono alla necessità di decontaminazione al 100% dell'acqua e offrendo servizi che completano l'impegno Pall per la protezione globale.

S.G.

Sottoposte a continui ed intensi lavaggi, perdono giorno dopo giorno la loro freschezza, si sbiadiscono e si logorano. La cosa più fastidiosa è il non sapere chi l'ha indossata prima di noi, in quali condizioni e... com'è stata lavata....

Le divise Klinidrape di Mölnlycke Health Care superano le più rigide prove di igiene e di comfort per offrirvi la sicurezza e le freschezza di un capo nuovo, ogni giorno.

Klinidrape non propone una divisa ma una gamma moderna di divise per sala operatoria: Basic, Standard e Special. La divisa Klinidrape Basic ha un taglio semplice con cassa maniche corte, girocollo con bottone per indossarla e toglierla con facilità, pantaloni lunghi con lacci regolabili in vita.

Nello studio della linea Standard e Special Klinidrape ha curato i più piccoli particolari per arrivare alla realizzazione di una divisa pratica e molto confortevole.

Pantaloni e casacca sono foderati di un leggero strato di morbidissimo tessuto non tessuto.

Il design delle casacche è diverso nei diversi modelli, girocollo, a "V", alla coreana. Sono disponibili in 4 taglie, small, media, large ed extra large ed in due colori, blu e verde.

Se igiene e sicurezza sono fondamentali anche per voi, Klinidrape è la risposta.

M.B.

ANIOXYDE 1000

Acido peracetico per la disinfezione di alto livello/sterilizzazione a freddo degli strumenti termosensibili - informazioni tossicologiche.

Dalle analisi tossicologiche effettuate su ANIOXYDE 1000, acido peracetico senza acido acetico, emerge la non tossicità del prodotto, solo leggermente irritante per la pelle. Sottoposto ai più stringenti test per verificarne la tossicità, ANIOXYDE 1000, ha presentato risultati confortanti. L'acido peracetico, principio attivo presente in quantità variabili dallo 0,15 allo 0,09% nei bagni attivati del prodotto, è stato studiato negli effetti sulla pelle, sugli occhi, sulla possibilità di scatenare effetti allergici, irritanti per le vie respiratorie e sull'eventuale cancerogenità. In nessuno di questi casi si sono riscontrati effetti che possano definire la quantità di acido peracetico come nociva, se si esclude una leggera irritabilità cutanea riscontrata dopo lunga esposizione che porta ANIOXYDE 1000 a essere definito "Leggermente irritante". Una tabella della direttiva 88/379/CEE, per le modiche quantità presenti di acido peracetico, non classifica ANIOXYDE 1000, quindi, come pericoloso. E' un prodotto AIR LIQUIDE Sanità.

A.C.

SALE OPERATORIE UNIVERSALI PREFABBRICATE

Officine Sordina S.p.A. distribuisce in Italia una gamma completa di sale operatorie prefabbricate.

Assicurare sempre la piena efficienza delle sale operatorie delle strutture sanitarie. Con questo ambizioso obiettivo Officine Sordina, storica azienda padovana specializzata da oltre un secolo nella progettazione, realizzazione e vendita di apparecchiature ad alta tecnologia per ospedali e altre strutture sanitarie, propone in Italia un innovativo sistema per la realizzazione di sale operatorie modulari prefabbricate. Progettate dalla multinazionale elvetica Schaerer Medical Holding, le "Sale Operatorie Universali" sono costruite secondo le norme internazionali vigenti e offrono un ambiente di lavoro estremamente pratico e accogliente, con una superficie complessiva fino a 50 mq e standard di qualità e sicurezza di livello assoluto. In questo modo i moduli proposti da Officine Sordina consentono di far fronte a tutte le circostanze che possono portare all'interruzione dell'operatività delle sale operatorie, come ad esempio importanti opere di ristrutturazione o ampliamento. Per approntare un modulo occorrono soltanto quattro settimane, contro i sei-dodici mesi di una struttura ordinaria, e combinando i diversi moduli - sala operatoria, pre/post operatoria, sala lavaggio e sala tecnica - Officine Sordina è in grado di proporre un vero e proprio ospedale "chiavi in mano". I moduli possono essere acquistati, ma anche presi in affitto o in leasing solo per il tempo necessario, con grande beneficio nel contenimento della spesa delle Aziende Sanitarie.

M.A.

L'evoluzione continua.



Nuovi spazi, nuovi orizzonti.
Oggi e domani, una soluzione efficace a ogni problema di gestione ambientale.

Pulizie civili

Pulizie e sanificazioni ospedaliere

Pulizie industriali

Pulizie tecniche

Manutenzione e gestione magazzini

Raccolta, selezione e trasporto rifiuti urbani, assimilabili e speciali



una leadership torinese
la risposta tutta italiana nel settore dei servizi

SINCERT
www.sincert.it

[CERTO]
n° 104/17
UNIBR/1000

[CERTO]
n° 1/198/26
UNIBR/1000

PALMAR S.p.A. Sede Centrale: Via Pavlova, 105/16 - 10090 CASCINE VICA RIVOLI (Torino)

Tel. 011 9332300 n.o. - Fax 011 9371077 - E-mail info@palmar.net - www.palmar.net

Ufficio: Centro Fiere Lingotto - Via Nizza, 294 - 10126 Torino - Tel. 011 5544256 - Fax 011 5534647

Filiale di Lainate: Via Bergamo, 29 - 20020 Lainate (MI) - Tel. 02 93797147 - Fax 02 9372680

Filiale di Castrocielo: Via Cassino Sud, 126 - 03020 Castrocielo (FR) - Tel. 0776 79349-403400 - Fax 0776 403166-79348



LA SICUREZZA NELLE PROPRIE MANI

... e sul proprio viso, grazie a visiere e guanti della linea 626 di NACATUR, conformi alle più rigide direttive europee.

La sicurezza sul lavoro, la serenità di potere svolgere una mansione sono fondamentali in ogni settore, in particolare però in quello ospedaliero in cui il contatto con virus e batteri e il rischio di infezioni o malattie rischia di essere molto elevato se non si dispone di prodotti di estrema qualità e sicurezza. Nacatur International, azienda leader dei Dispositivi di Protezione Individuale, mette al servizio dei suoi clienti prodotti frutto di tecnologia avanzata e attenzione alla qualità. Selezione delle materie prime, controllo del processo produttivo e del prodotto finito per soddisfare le esigenze del D.lgs 626/94 fanno dei prodotti Nacatur una garanzia di sicurezza sul mercato. Non a caso, 626 è il nome della nuova linea di guanti e Dispositivi di Protezione Individuale dell'azienda. La linea comprende, tra gli altri, guanti e visiere in diversi modelli:

NATUREX (626, 626 SALUS e 626 VINYL DERM) guanti monouso in lattice o in vinile, non sterili, ideali per le manipolazioni di materiale contaminato e in tutte le procedure terapeutiche.

PROTECTION (100, FREE 200, VINYL 300) monouso da utilizzare in caso di contatto con liquidi biologici, anch'essi realizzati per coprire le esigenze d'uso diverse, in lattice naturale o in vinile, lubrificati o clorinati, ideali per uso sanitario o chirurgico.

PROVIS 1 e 2, visiere protettive comode e leggere, volte a garantire la più accurata protezione delle aree oculari da gocce e spruzzi senza ridurre la visibilità.

MASK 2000 e MASK LIGHT occhiali-maschere protettive che aderiscono perfettamente al viso, dotate di tappi antigoccia per permettere l'aerazione interna; **MASK LIGHT**, in particolare presenta un visore in acetato antiappannante D.P.I. di II categoria e pesa solo 24g.

Tutti i prodotti sono conformi alla Direttiva Comunitaria 89/686 CEE, D.lgs 475/92.

Le visiere presentano la certificazione EN 166; 1995 "Personal eye protection Specifications" per D.P.I.

B.M.

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE



**LA SICUREZZA
A PORTATA
DI MANO**

**NACATUR INTERNATIONAL
IMPORT EXPORT S.R.L.**
Strada della Marina 1/a
60012 Cesano di Senigallia (AN)

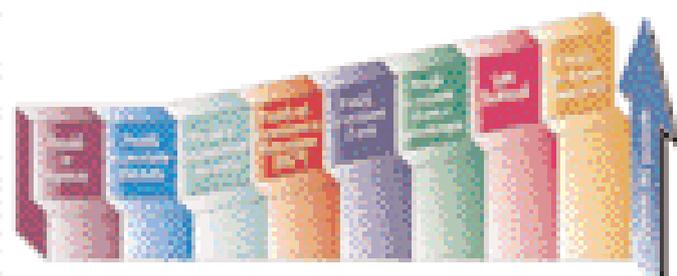
Tel : 0716608620
Fax : 0716608621
E-mail: nacatur@tin.it



The KCI Product Continuum

*Perché
i nostri prodotti
sono i più utilizzati
al mondo?*

KCI CONTINUUM OF CARE



*Perché
per la prevenzione
e la cura delle ferite
mettiamo tutto
il nostro impegno
al vostro servizio!*



Via A. Einstein, 6 - 20090 Assago (MI) - Italy
Tel. (+39) 02 4571741 - Fax (+39) 02 457174210



**EXPOSANITA' 2002 : TREDICESIMA
EDIZIONE DELLA MOSTRA INTERNAZIONALE
DELLA SANITÀ E DELLA SALUTE**



EXPOSANITA'
22-25 maggio 2002 - BOLOGNA
Mostra internazionale al
servizio della sanità

Il quartiere fieristico di Bologna ospiterà dal 22 al 25 maggio prossimi la tredicesima edizione di Expo-

sanità, che compendia nel motto "Un contributo per una sanità giusta, efficace e moderna" la propria missione.

A 20 anni dalla sua nascita, Exposanità (che ha visto la luce nel 1982 con il nome di Hospital) dimostra concretamente di aver raggiunto la piena maturità proponendo un panorama espositivo articolato in sei saloni tematici:

- HOSPITAL – Salone delle tecnologie e prodotti per ospedali
- DIAGNOSTICA 2002 – Salone delle apparecchiature e prodotti per la diagnosi
- SISTEM – salone dell'informatica sanitaria e della telemedicina
- EMERGENZA SANITARIA – salone dell'emergenza sanitaria
- HORUS – Handicap, Ortopedia, Riabilitazione, Umanizzazione Sanitaria.
- SALUTE AMICA – Rassegna dei progetti e delle realizzazioni per la qualità del servizio sanitario

e un programma di iniziative congressuali di grande prestigio.

Il successo di Exposanità (da 8.750 m² nel 1982 a 24.848 m² nel 2000, da 203 a 883 espositori, da 5.753 a quasi 24.000 visitatori) è dovuto anche all'equilibrato intreccio tra la componente espositiva e un programma convegnistico in grado di offrire alle figure di riferimento della sanità: amministratori, tecnici, operatori sanitari, dell'industria e dell'economia, un quadro attendibile delle opportunità tecnologiche e organizzative che prefigurano le trasformazioni del sistema sanitario.

S.E.

PULITO SENZA OMBRA DI DUBBIO

Electrolux presenta la sua nuova gamma di lavatrici asettiche "Generazione 3000", studiate per offrire il massimo dell'igiene.

Per avere la certezza di biancheria sempre pulita e igienica è imprescindibile la scelta di lavatrici che, nel rispetto dei materiali, offrano garanzie di un risultato perfetto. GENERAZIONE 3000 di Electrolux è la gamma di lavatrici progettate per fornire una sicura difesa contro germi, batteri e polvere.

L'asetticità è garantita dalla separazione tra l'area "sporco" e l'area "pulito" attraverso due luoghi distinti per il carico e per lo scarico e, in caso di necessità, dalla presenza, in alcuni modelli, di un cesto a due scomparti per la separazione delle tipologie di bucato.

Tutte le macchine, realizzate con motori a controllo di frequenza, hanno un'intercapedine minima tra cesto e vasca per ridurre al minimo i volumi di acqua inutili e, per garantire un risparmio di energia, un blocco di resistenze che si estende lungo tutta la lunghezza della vasca. Sicure e facili da usare grazie allo scarico ergonomico della biancheria e al dispositivo che impedisce l'apertura con il cesto ancora in rotazione, risultano inoltre facili da installare ed essere le più compatte sul mercato.

Un sofisticato microprocessore, Clarus Control, consente la programmazione di ogni funzione della macchina, una verifica totale su ogni fase del processo di lavaggio e la programmazione di eventuali interventi manutentivi.

L'accesso alle componenti vitali della macchina risulta inoltre semplice, per facilitare eventuali operazioni di manutenzione.



La gamma GENERAZIONE 3000 è composta da 7 modelli di diversa potenza e grandezza, con il volume del cesto che varia da 229 a 1087 litri ed hanno una dimensione che varia da 1045x1055x1610 mm a 1854x1444x2015 mm rispettivamente per lunghezza, profondità e altezza e presentano una serie di accessori e di opzioni che arricchiscono ulteriormente le doti dei modelli base, quali una valvola di campionamento per analisi, pannelli isolanti per calore e rumorosità, allaccio e slaccio supplementare per il recupero acqua riscaldamento combinato elettrico-vapore.

M.M.

SCOPI DELLA RIVISTA

L'Ospedale pubblica lavori originali su argomenti di Politica sanitaria, programmazione e organizzazione ospedaliera e dei servizi sanitari territoriali, igiene e tecnica ospedaliera, management sanitario, valutazione delle attività e tecnologie sanitarie, bioetica, legislazione e diritto sanitario, medicina legale.

ISTRUZIONE PER GLI AUTORI

La rivista pubblica lavori originali, note brevi, lettere al Direttore e recensioni. I contributi sono pubblicati indifferentemente in lingua italiana od inglese. In entrambi i casi debbono essere accompagnati da un summary in lingua inglese e da un riassunto in lingua italiana, redatti secondo le modalità precisate oltre. L'accettazione dei lavori per la pubblicazione è subordinata al giudizio di "referees" internazionali. I dattiloscritti, anche dei lavori non pubblicati, non si restituiscono. La correzione delle bozze dovrà essere limitata alla semplice revisione tipografica. Le bozze di stampa, diligentemente corrette e definitivamente licenziate dall'autore, debbono essere restituite a stretto giro di posta. In caso contrario verranno corrette in redazione. Esse vengono inviate in genere una sola volta all'autore (sul modulo che accompagna le bozze egli dovrà indicare il numero degli estratti desiderati, nonché numero di Codice Fiscale, Partita IVA e indirizzo del destinatario della fattura). Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente la responsabilità degli AA. è riservata la proprietà di qualsiasi articolo pubblicato nella Rivista e ne è vietata la produzione anche parziale senza citare la fonte.

LAVORI ORIGINALI

È indispensabile inviare il testo dei lavori sia in n. 4 copie cartacee (su fogli di formato A4, con doppia spaziatura e margini di almeno 3cm) che su supporto magnetico (disco da 3,5 pollici). È necessario elaborare il testo con qualsiasi edizione di software microsoft word, sia in ambiente operativo Dos che Macintosh. L'etichetta del dischetto deve riportare: autori, titolo, nome file, tipo software (word o wordstar) ed ambiente operativo. I lavori originali devono essere redatti secondo il seguente schema:

Introduzione - Materiali e metodi - Risultati - Discussione e conclusioni - Bibliografia.

La prima pagina del lavoro deve contenere: il titolo (in lingua italiana ed inglese), i nomi degli Autori con le istituzioni di appartenenza, le parole chiave ("Key words") in numero da 3 a 5 (in lingua italiana ed inglese), il riassunto ed il summary. Questi ultimi, preferibilmente compresi tra 100 e 200 parole, devono sintetizzare gli scopi del lavoro, i risultati ottenuti e le principali conclusioni. Su un foglio a parte deve essere indicato il nominativo, con relativo indirizzo, numero telefonico, fax o E-mail dell'Autore cui la Redazione deve fare riferimento per ogni comunicazione attinente la pubblicazione. Tabelle e figure devono essere fornite solo su supporto cartaceo atto a consentire un'ottimale riproduzione fotografica. In particolare, la base della tabella o della figura non deve superare i cm 15,7 poichè il formato della pagina (senza margini) è di cm 15,7 x 19,7. Le tabelle e le figure non devono di norma eccedere globalmente il numero di 5. Ogni tabella va redatta su un foglio separato, numerata consecutivamente secondo l'ordine di citazione nel testo e corredata da titolo e/o didascalia. Ogni figura, numerata sul retro a matita deve essere accompagnata da un foglio separato con la didascalia corrispondente all'illustrazione. Tabelle e figure, provenienti da lavori precedentemente pubblicati, devono essere accompagnate dal permesso scritto di riproduzione da parte dell'Autore e dell'Editore. I lavori non conformi alle norme, per ovvi motivi organizzativi, non potranno essere presi in considerazione, nè rinviati agli Autori.

LETTERE AL DIRETTORE

Le lettere al Direttore debbono essere pertinenti a lavori precedentemente pubblicati sulla rivista e succinte. La Direzione si riserva di abbreviare quelle di lunghezza eccessiva senza alterarne i contenuti ed il senso.

BIBLIOGRAFIA

Le voci bibliografiche debbono essere citate nel testo, numerandole tra parentesi, e vanno elencate nella bibliografia in ordine alfabetico. Il titolo delle riviste deve essere abbreviato secondo lo stile usato dall'Index Medicus. Le voci bibliografiche devono essere redatte nel Vancouver Style (Br Med J 1982; 284: 1766-1770; Br Med J ed Ital 1988; 9: 61-70). Esempi di alcune forme corrette di bibliografia sono dati di seguito.

Riviste

- *Articolo standard (elenare tutti gli autori se in numero di 6 o inferiore a 6; se 7 o più elencare solo i primi 3 e aggiungere et al)*

Dawber TR, Meadors GF, Moore FE. Epidemiologic approach to heart disease: The Framingham Study. Am J Public Health 1951; 41: 279-86.

- *Supplementi di Riviste*

Frumin AM, Nussbaum J, Esposito M. Functional asplenia: demonstration of splenic activity by bone marrow scan (Abstract). Blood 1979; 54 (suppl. 1): 26 a.

Monografia

Autore singolo - Eisen HN. Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of the immune response 5th ed. New York: Harper and Row, 1974: 406.
Saggio da opera collettiva (Capitolo di un libro)

La rivista è posta sotto la tutela delle Leggi Intenzionali sulla stampa

AZIENDE CITATE

AIR LIQUIDE SANITA' S.p.A.

Via Ciardi, 9
20148 Milano
tel. 024021.1
fax 024021533
<http://www.sanita.it>
airliquide.com

COMESA MED

Via T.A. Edison 6
20090 Assago (MI)
Tel. 0245706328
Fax 0245706329
E-mail: info@comesamed.it
sito: www.comesamed.it

DEVERGÈ

Corso Chieri 11
10132 Torino (TO)
tel. 0118999069
E-mail: deverge@itbox.net

DI DEDDA Elettromedicali

Via A. Meucci 28
20090 Buccinasco (MI)
tel. 0245708484
fax 0245708448
E-mail: ddemede@tin.it
sito: www.didedda.it

ELECTROLUX WASCATOR

Via G. La Pira 5
10028 Trofarello (TO)
tel. 0116483311
fax 0116483322

EXPO SANITÀ

Via Michelino 69
40127 Bologna (BO)
tel. 051503318
fax 0515052282
E-mail: senaf.bo@tin.it

KCI MEDICAL

Via Albert Einstein 6
20090 Assago (MI)
tel. 02457174201
fax 02457174210
sito: www.kci1.com

MOCOM

Via delle azalee 11
20090 Buccinasco (MI)
tel. 0245701505 r.a)
fax 0248840514
E-mail: mocomcom@interzona.com
sito: www.mocom.it

MOLNLYCKE HEALTH CARE S.R.L.

Via Marsala 40/c
21013 Gallarate (Varese)
tel. 0331/714011
fax 0331/701748
sito: www.molnlyckehc.com

NACATUR

Strada della Marina 1/a
60012 Cesano di Senigallia (AN)
tel. 0716608620
fax 0716608621
E-mail: nacatur@tin.it

OFFICINE SORDINA

Via E. Romagna 9
35020 Saonara (PD)
tel. 0498792111
fax 0498790377
E-mail: sordina@sordina.com
sito: www.sordina.com

PALL ITALIA

Via Bruzzesi 38/40
20146 Milano
tel. 02477961
fax 024122985

PONZI

Viale Gramsci 26/a
48010 Bagnara (RA)
tel. 054576009 - fax 054576827
E-mail: ponzi@ponzi-in.it
sito: www.ponzi-in.it

SOTECO

Via E. Fermi 2
26022 Castelverde (CR)
tel. 0372429393
fax 0372429398
sito: www.soteco.com
E-mail: exp@soteco.com

STERIS

Via Carducci 65
14100 Asti (AT)
tel. 0141590429 r.a.
fax 0141590428
E-mail: info.steris.it@steris.com

HOSPITAL



soteco

