

L'OSPEDALE

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



Periodico dell'ANMDO
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
MEDICI DIREZIONI OSPEDALIERE

postatarget
magazine
Tariffa Pagata Magazine
Aut. DCB Centrale/PT Magazine
Aut. 63/2004
verba del 28-05-2004
Posteitaliane

N° 4/05

31° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

Il mosaico della Clinical Governance

Le competenze medico-legali della direzione sanitaria di presidio

I percorsi assistenziali Clinical Pathways

Le dimissioni protette

L'atto aziendale Esperienza del Triveneto

L'Azienda Sanitaria Unica Regionale - Marche

La valutazione della qualità dell'assistenza

Ruolo del direttore sanitario d'ospedale

SORVEGLIANZA ATTIVA

Sorveglianza dei casi di polmonite in pazienti ricoverati in 6 unità operative dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola Malpighi

PREVENZIONE

Neisseria meningitidis quale indesiderato ospite abituale della provincia di Bolzano: protocollo per la gestione del paziente infetto all'interno dell'ospedale

LINEE GUIDA

Trapianto di cellule staminali emopoietiche

ORIZZONTI



EDICOM
info@gsanews.it • <http://www.gsanews.it>

Pall *Filtration, Separation, Solution*

Nonostante gli attuali sistemi di decontaminazione presentino un buon margine di sicurezza, può succedere che, a causa dell'irregolarità dell'ingombro di distribuzione, i flussi per uso ospedaliero prelevati ai punti d'uso non rispettano pienamente i quei requisiti di purezza per gli usi cui sono destinati.

Ad esempio l'acqua utilizzata dai pazienti, in particolare da quelli immunocompromessi, e dagli operatori deve essere priva di batteri e contaminanti, così come quella destinata al lavaggio degli strumenti e quella utilizzata dalle apparecchiature biomedicali.

Le massime considerazioni valgono quando si tratta di gas medicali e di vapore e comunque di tutti i flussi che, attraversando un sistema di distribuzione nel quale possono svilupparsi e crescere colture batteriche, potrebbero costituire potenziali veicoli di infezioni nosocomiali.

Queste situazioni possono essere totalmente evitate ricorrendo all'unico sistema in grado di garantire la più assoluta sicurezza: la filtrazione applicata ai punti critici.

Pall, da molti anni specialista della filtrazione anche nell'ambito medico, si propone come il partner ideale in quanto non solo dispone di una serie di prodotti particolarmente studiati per lo scopo specifico, ma offre anche tutti i supporti necessari che iniziano dall'analisi del problema, del sistema e dei flussi in gioco e, attraverso la consulenza ed il supporto tecnico per lo studio della soluzione ottimale, si completano con un'assistenza post-vendita qualificata.



Pall Medical

Divisione della Pall Italia srl
Via G. Druzzoni 28/40 20146 Milano

Tel. 02 47796.1
Fax 02 4122905
www.pall.com

Filtration, Separation, Solution...

© 2002 Pall Corporation. Tutti i diritti sono riservati.
Pall Medical è un marchio registrato di Pall Corporation.
Pall Medical, Filtration, Separation, Solution, Pall Medical e Pall Medical Solution sono marchi registrati di Pall Corporation.

0:00-24:00 Anytime Anywhere



Servizio Ecolab,
sinonimo
di consulenza
globale
al cliente



Ecolab = Servizio

Ecolab non si limita a produrre detergenti per le imprese che operano nel settore dell'ospitalità e dell'alimentazione ma mette in campo un esercito di tecnici e consulenti il cui compito è quello di studiare, in base alle esigenze di ogni cliente, "soluzioni globali". La consulenza globale comprende anche l'assistenza periodica, l'addestramento e la formazione del personale.

Ecolab è il partner ideale, sempre attento all'economicità e razionalità dei processi per ottimizzarli.

La differenza Ecolab!

Hygiene
Service

Service

Centro Direzionale Colfiorini
Via Paracelso, 6
20041 Agrate Brianza (MI)
Tel.: 039.6050.1
Fax 039.6050.553
www.ecolab.com

ECOLAB

worldwide innovator in hygiene solutions



BARRIERTECH

Surgical Barrier System



Una soluzione nuova. Dai molti usi

Barriertech è il nuovo sistema integrato di supporto alle équipe di sala operatoria.
Un servizio di assistenza tecnico-gestionale combinato
con l'utilizzo di materiali tessili innovativi.

Il sistema

Barriertech è un sistema di servizi.
Un team di esperti è a disposizione
della équipe per:

- La definizione del protocollo di lavoro
- La realizzazione di kit personalizzati
- L'assistenza ed il monitoraggio

I materiali

Barriertech prevede l'utilizzo di teli e tuniche
realizzati in trilaminati e microfibra, tessuti
riutilizzabili e conformi alle più recenti
Normative Europee (EN 13795).



**SERVIZI
OSPEDALIERI**
GRUPPO IRI/IRIS/IRIDI

www.serviziospedaliari.it



Sede LEGNA

STABILIMENTO DI FERRARA

Via Caluso 11 - 44100 Ferrara (FE)
Tel. 0522/59.07.11 - Fax 0522/77.28.00

STABILIMENTO DI CASTELLALTO

Care Mulino di Villa Zuccheri - 44020 Castellato (FE)
Tel. 0581/26.771 - Fax 0581/58.07.65

STABILIMENTO DI LUCCA

Via S. Piero a Vico 200 - 55100 Lucca (LU)
Tel. 0583/46.74.02 - Fax 0583/46.27.61



SOMMARIO

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz - Anno 58 - Numero 4 Ottobre-Dicembre 2005

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 60 21 06
fax 02 70 63 34 29
e-mail: info@gsanews.it
http://www.gsanews.it

Direttore responsabile: Ilva Gottardi

Direttore editoriale: G. Finzi

Segreteria scientifica: K. Kob
Comitato di direzione: U.L. Aparo, A. Biamonte, A. Cavoli, G. Dal Pozzolo, C. Del Giudice, G. Finzi, K. Kob, F. Longanella, A. Montanile, G. Pelissero, U. Podner Komarony, A. Rampa, G. Schirripa, D. Stalteri, G. Turchi

Comitato di redazione: U.L. Aparo, C. Cattananti, C. Del Giudice, G. Finzi, K. Kob, A. Marcolongo, G. Pelissero
Hanno collaborato

A.M. Abbonizio, U.L. Aparo, M. Aporti, A. Appicciafuoco, M. Bamberini, M.T. Benghi, M. Bombonato, M. Brogi, A. Brosolo, T. Campione, M. Cianfrone, G. Dal Pozzolo, G. De Luca, C. Di Falco, I. Egger, G. Finzi, R. Florio, V. Fusari, M. Galante, G. Genga, C. Lazzari, P.P. Legnani, E. Leoni, M. Lopez, G. Marcato, L. Mavilla, T. Morelli, A.M. Mucci, R. Noventa, R. Predonzani, A. Prete, M. Romeo, N. Sabbatini, R. Sacchetti, P. Santa, S. Stampi, G. Sticca, B. Testini, D. Turolla, F. Zanetti

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.

© Copyright EDICOM s.r.l. - Milano

Testata volutamente sottoposta a certificazione di tiratura e diffusione in conformità al Regolamento C.S.S.T. Certificazione Stampa Specializzata Tecnica per il periodo:
01/01/2004 - 31/12/2004
Tiratura media: N. 4.8750 copie
Diffusione media: N. 4.784 copie
Certificato CSST N.2004-0948 del 22 Febbraio 2005
Società di Revisione: BDO
Tiratura del presente numero: 5.000 copie

ASSOCIATO A:

A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA

CSST
FEDERAZIONE
NORME PER LA QUALITÀ
ELEGANZA

COMPTON

"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 Amoroso presso la sede di Milano Via Alfonso Corti, 28 per esercitare i diritti previsti dal D.lgs 196/2003"



in copertina
Ospedale San Bortolo
Vicenza

EDITORIALE

7

31° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

IL MOSAICO DELLA CLINICAL GOVERNANCE

8

LE COMPETENZE MEDICO-LEGALI DELLA DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO

14

I PERCORSI ASSISTENZIALI CLINICAL PATHWAYS

18

LE DIMISSIONI PROTETTE

22

L'ATTO AZIENDALE ESPERIENZA DEL TRIVENETO

26

L'AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE - MARCHE

28

LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

32

RUOLO DEL DIRETTORE SANITARIO D'OSPEDALE

36

SORVEGLIANZA ATTIVA

Sorveglianza dei casi di polmonite in pazienti ricoverati in 6 unità operative dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola Malpighi

40

PREVENZIONE

Neisseria meningitidis quale indesiderato ospite abituale della provincia di Bolzano: protocollo per la gestione del paziente infetto all'interno dell'ospedale

44

LINEE GUIDA

Trapianto di cellule staminali emopoietiche

46

RUBRICHE

ORIZZONTI

56

SISTEMI DI STERILIZZAZIONE DISINFEZIONE LAVAGGIO



AUTOCLAVI a
DAS-PLASMA



AUTOCLAVI



TERMODISINFETTORI



ITINERIS



NCS-WEB



NCS-WEB

SOFTWARE



SERVIZIO
ASSISTENZA CLIENTI



LAVASTERILIZZA
ENDOSCOPICI



LAVACCESSORI



PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE
CENTRALI DI STERILIZZAZIONE



ARREDI

CISA s.r.l. Via Pontina Km 28
00040 Pomezia (Roma) Italia
Tel. +39.06.911437.1
Fax +39.06.9107565
www.cisasrl.it



I nuovi scenari della sanità europea: rischio od opportunità?

In occasione della Cerimonia Inaugurale del 31° Congresso Nazionale A.N.M.D.O., svoltasi a Monastier di Treviso dal 22 al 24 settembre 2005, sono state presentate due letture magistrali, rispettivamente dal titolo “La libera circolazione dei professionisti e dei pazienti in Europa” e “L’umanizzazione in sanità”. In particolare, il primo argomento è stato fortemente voluto dalla Segreteria scientifica e dal Direttivo Nazionale, sentiti i Presidenti Regionali A.N.M.D.O. Riteniamo, infatti, che la sanità europea chiederà, alla nostra categoria, un sempre maggior impegno, grazie al nostro ricco bagaglio culturale ed alla nostra esperienza in materia di programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

Nel gennaio 2002, Rocke, il neo eletto Presidente della Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG, Società Tedesca degli Ospedali), presentandosi in pubblico nella sua nuova veste, ha sottolineato che “la sanità è un fattore economico in forte sviluppo e crescita”, per cui l’aumento della spesa sanitaria non deve essere semplicemente interpretato come risultato di una “evoluzione” sbagliata. Nel suo intervento conclude dicendo che la sanità deve prevedere “misure di integrazione”, attraverso la creazione di reti, in cui sono coinvolti tutti gli attori ed erogatori di servizi sanitari, che dovranno garantire prestazioni di elevata qualità, dedicando una particolare attenzione ai piani assistenziali ed al “case management”.

Tornando alla nostra realtà, l’Italia, grazie al suo sistema sanitario molto evoluto, si trova in una posizione privilegiata rispetto ad altri Paesi, in cui l’assetto organizzativo sanitario è rimasto più o meno fermo agli anni ‘60-70’. Dobbiamo riconoscere, infatti, che il servizio sanitario nazionale, nato con grandi difficoltà operative, possiede oggi i presupposti per garantire i livelli essenziali di assistenza a favore della propria utenza e per entrare da protagonista nel mercato sanitario europeo. Ciò è dovuto alla programmazione ed all’organizzazione dei servizi sanitari a livello di microaree (distretti, aree interdistrettuali, aree aziendali, ospedale-territorio) che di macroaree (aree vaste, aree interaziendali, regionali, interregionali). Quale è e quale sarà, quindi, in tale contesto, il principale ruolo dei medici di direzione sanitaria?

Innanzitutto, in una visione europea, ognuno di noi dovrà fare una profonda analisi per evidenziare se nella realtà regionale e aziendale in cui opera siano presenti o meno le seguenti caratteristiche essenziali:

- un programma strategico attivo, finalizzato alla garanzia dell’appropriatezza delle prestazioni, con particolare riferimento all’applicazione di modelli organizzativi innovativi ospedalieri, territoriali e di raccordo, compresa l’integrazione-socio-sanitaria;
- un’efficace rete ospedaliera per le emergenze-urgenze, integrata con i servizi di emergenza territoriale;
- presenza di ospedali che possiedono tutti i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi, gestionali, dell’igiene e della sicurezza, e professionali di elevato livello, oltre ad essere accoglienti, secondo le esigenze dell’umanizzazione;
- presenza di centri specialistici di riferimento e di eccellenza a valenza interregionale e transfrontaliero per particolari patologie d’organo e di sistema complesso.

Se esistono tali presupposti, abbiamo ottime probabilità che la sanità in cui operiamo sia un fattore di crescita qualitativa e, di conseguenza, di sviluppo economico. In caso contrario, rischiamo di andare incontro, in tempi brevi, a rischi e danni irrimediabili. L’A.N.M.D.O., consapevole di ciò, non starà certamente a guardare e si proporrà come attore presso le sedi competenti, a garanzia di una sanità europea evoluta e competitiva.

*La Segreteria scientifica
Karl Kob, Ugo Luigi Aparo, Cesare Catananti,
Carmelo Del Giudice, Adriano Marcolongo, Gabriele Pelissero
Il Presidente Nazionale: Gianfranco Finzi*

Il mosaico della Clinical Governance

Riassunto

Nell'ambito della Clinical Governance il Direttore Sanitario d'Azienda è il Direttore della produzione, mentre il Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero è il Direttore della gestione igienico-organizzativa e medico-legale. Le organizzazioni sanitarie d'eccellenza necessitano di una forte funzione di governo professionale rappresentato dalle Direzioni Sanitarie. La Clinical Governance necessita pertanto di Direzioni Sanitarie professionalizzate in grado di vincere le sfide del futuro, forti delle proprie competenze e con l'ambizione di esportare il modello di Direzione Sanitaria Italiano in un contesto Europeo.

Summary

In the field of Clinical Governance the Health Company Medical Director is the Production Director, develops new strategies and programmes, while the Hospital Medical Director is the Control Manager. State of the art public health organisations require a strong and functioning professional administration which is represented by the Medical Directors. Therefore Clinical Governance requires a professional health service management team capable of meeting future challenges, equipped with the appropriate expertise, ambition and confidence to export the Italian health service model into a European context.

U.L. Aparo

Direttore Sanitario Istituto Dermatologico dell'Immacolata-IRCCS Roma

La tematica relativa alla *Clinical Governance* appare essere l'unico concetto specifico emerso nei dodici anni di aziendalizzazione delle organizzazioni sanitarie in Italia (1).

Paradossalmente la *Clinical Governance* viene, invece, utilizzata attualmente più per contrastare il processo di aziendalizzazione che per integrarlo o trasformarlo.

Questa operazione di apparente sabotaggio si avvale di una errata traduzione di *Clinical Governance* in "Governo clinico", che ha determinato il proliferare delle più svariate ed originali interpretazioni che comunque assegnano alla *Clinical Governance* un ruolo marginale che va da una mera raccolta di strumenti e di tecniche per la valutazione e il miglioramento della qualità dell'assistenza a un pretesto per il perseguimento di rivendicazioni sindacali.

Ne deriva, obiettivamente, una

grande confusione di termini e di concetti.

E' assolutamente necessario che le varie tessere del mosaico della *Clinical Governance* vengano riposizionate in maniera corretta al fine di poter affrontare adeguatamente il problema cruciale della Governance delle organizzazioni sanitarie, la cui complessità e dinamicità richiedono obbligatoriamente che non vengano perseguiti processi burocratici formalizzati, bensì forme collegiali di assunzione delle decisioni e di verifica dei loro effetti.

Nel 1998 in Gran Bretagna la *Clinical Governance* è stata individuata, come hanno ricordato Scally e Donaldson in un articolo pubblicato nel 1998 sul BMJ (2), quale strumento atto a perseguire nell'ambito delle organizzazioni sanitarie il miglioramento continuo della qualità.

Si tratta di un'idea tanto semplice da esprimere quanto complessa

da tradurre in pratica.

In Italia si è cominciato a parlare di *Clinical Governance* nell'ambito di alcuni Piani Sanitari Regionali e il 19 dicembre 2003 il Consiglio dei Ministri ha approvato un testo che parla di governo clinico e che prevedeva, fra l'altro, l'istituzione all'interno delle organizzazioni sanitarie di una nuova figura professionale al quale affidarne la responsabilità, denominata "Coordinatore Clinico Aziendale". Qual'è l'identikit di questa nuova figura?

Si tratta di un medico eletto tra e dai Primari dell'Azienda Sanitaria. Quali sono i suoi compiti?

Sono compiti propri del governo delle attività cliniche, intendendo con questa denominazione, abbreviata in Governo clinico, tradurre in italiano il termine anglosassone "Clinical Governance". Di fatto alla dizione è stato poi attribuito il significato di "Governo dei clinici".

Ha senso (3)?

Chiediamocelo, ricordando sempre che il confine tra le cose che hanno senso e quelle che fanno senso è spesso molto sottile.

Per rispondere occorre innanzitutto

to definire che cosa sia, in sostanza, la *Clinical Governance*.

L'interpretazione corrente è che il termine sia nato nel 1997 in Gran Bretagna nell'ambito del documento "A First Class Service: Quality in The New National Health Service"

Clinical Governance significa quindi non governo clinico, bensì coerente capacità di monitoraggio dei fenomeni sanitari, loro indirizzo e gestione.

La *Clinical Governance* è data dall'unione delle diverse dimensioni

che la qualità dell'assistenza non è attribuibile al comportamento di singoli soggetti, ma è il risultato del coinvolgimento di tutte le componenti del servizio sanitario senza distinzione di ruolo.

Il catalizzatore è il Direttore Sanitario di Azienda in quanto responsabile della produzione.

Infatti nell'ambito della Governance ci deve essere qualcuno che prende le decisioni, qualcuno che sia responsabile della produzione, qualcuno che curi gli aspetti amministrativi e qualcuno che sia responsabile della gestione.

In ambito sanitario, il Direttore Generale prende le decisioni, il Direttore Sanitario di Azienda è il responsabile della produzione e collabora alla definizione delle strategie, il Direttore Amministrativo è responsabile delle adempimenti amministrative, il Direttore Sanitario di Presidio ospedaliero è il responsabile operativo igienico-organizzativo e medico-legale, i Primari sono responsabili dell'operatività clinica e dell'appropriatezza.

Quali devono essere le competenze del catalizzatore responsabile della *Clinical Governance*?

La figura 2 mostra la collocazione delle aree di attività del Responsabile della *Clinical Governance*.

La formazione e la comunicazione sono gli elementi orizzontali che devono necessariamente permeare tutte le aree d'interesse della *Clinical Governance*.

Risulta evidente l'importanza della formazione igienistica che deve però essere necessariamente integrata dalla capacità di utilizzare tutti gli strumenti necessari alla gestione delle dimensioni della qualità descritte. L'appropriatezza costituisce l'obiettivo della *Clinical Governance*. Per essere conseguita è necessario che i medici e gli altri professionisti, sanitari e non, che svolgono la loro attività nelle organizzazioni sanitarie giochino un ruolo attivo nelle decisioni strategiche dell'ospedale, costituendo una presenza forte che affianchi la direzione. Non è pensabile la gestione di



Fig. 1 : *Clinical Governance*

e che la traduzione in Italiano di *Clinical Governance* sia governo clinico.

Entrambe le affermazioni non appaiono essere corrette.

Clinical Governance è stato utilizzato per la prima volta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1983 per rappresentare in modo sintetico gli aspetti multidimensionali della qualità.

In quanto alla traduzione di *Clinical Governance*, Governance non significa governo. Governo in inglese si dice Government. "Governance" è il sistema con cui le organizzazioni sono dirette e controllate. La Governance specifica la distribuzione dei diritti e delle responsabilità fra i diversi soggetti appartenenti ad un'organizzazione. Definisce regole e procedure per la presa delle decisioni. Fornisce la struttura mediante la quale l'organizzazione definisce i propri obiettivi, i mezzi per ottenerli, i sistemi di monitoraggio delle prestazioni.

In quanto a *Clinical*, ha un significato più ampio di clinico e va tradotto con sanitario.

della qualità che concorrono a migliorare il servizio prodotto.

Fra le numerose dimensioni della qualità esistenti, se ne possono individuare quattro di tipo fondamentale, che la *Clinical Governance* ha il compito di unire (fig. 1):

1. la competenza professionale (qualità tecnica);
2. la capacità di soddisfare le aspettative ed i valori delle persone assistite, dei loro familiari e dei dipendenti (qualità percepita);
3. l'uso razionale delle risorse disponibili (efficienza tecnica e allocativa);
4. la gestione del rischio, intesa come minimizzazione dei rischi per i pazienti.

Clinical Governance dunque è la contestualizzazione e l'adattamento del perseguimento della qualità dell'assistenza sanitaria nelle singole organizzazioni sanitarie.

Come ricordato da Starey in un articolo del 1999 dal titolo "What is Clinical Governance?", la *Clinical Governance* comporta un'articolazione dei ruoli tesa al miglioramento continuo della qualità (4).

Si tratta d'individuare a chi compete fungere da catalizzatore dato



Fig.2 : Competenze del Responsabile della Clinical Governance

un Ospedale senza il coinvolgimento attivo dei medici e delle altre figure professionali che contribuiscono con la loro attività al raggiungimento degli obiettivi individuati.

Eppure è proprio quello che sta accadendo in tante, troppe realtà, dove la forte tensione sulle tematiche economico-finanziarie, molto sentita al momento della costituzione delle aziende sanitarie, ha determinato lo sviluppo di logiche e strumenti di gestione prevalentemente orientati al governo della spesa sanitaria, trascurando completamente la dimensione professionale e la misurazione e la valutazione dei risultati non monetari delle aziende stesse.

Come ricordato da Goodman in un articolo del 2002 "i rischi sono che la motivazione interiore dei medici (che è la cosa più importante) venga intaccata, che il loro tempo venga speso in attività più burocratiche che non utili al paziente e che essi finiscano per opporsi al sistema nell'intento di farlo saltare (cosa nella quale i medici sono

particolarmente dotati...)" (5).

Come vedete, tutto il mondo è paese. Occorre individuare con esattezza l'Organo deputato al conseguimento dell'appropriatezza, obiettivo fondamentale per la definizione delle strategie operative, sia esso il Collegio di Direzione eventualmente ampliato, oppure il Consiglio dei Sanitari riveduto e corretto, oppure il Comitato Tecnico-Scientifico negli IRCCS.

Che cosa occorre fare per far sì che la *Clinical Governance* assuma la valenza di correttivo ad un sistema che, per diversi motivi, si è sviluppato trascurando oltremisura la componente clinica senza stravolgere il sistema stesso e senza distruggere i presupposti stessi dell'aziendalizzazione?

Bisogna innanzitutto avere chiaro che la Governance consiste sostanzialmente nella capacità di costituire e gestire una squadra.

La Governance necessita fondamentalmente che le persone giuste vengano collocate al posto giusto. Occorre pertanto che ognuno in-

terpreti correttamente il proprio ruolo nell'ambito della Governance delle organizzazioni sanitarie al fine di riaccendere nella dirigenza, sia gestionale che professionale, il senso di responsabilità tipico delle aziende che producono servizi alla persona, accompagnata dalla possibilità di fornire prove di ciò che si sta facendo (la cosiddetta accountability che, come ha ricordato nel 1999 Indro Montanelli, è una parola chiave della democrazia anglosassone che in Italia non è stata ancora adottata). Tutto ciò implica che questi ruoli siano ricoperti da persone in possesso delle competenze necessarie per svolgere al meglio la propria attività. E oggi non si può certamente affermare che da questo punto di vista le cose siano generalmente soddisfacenti. Non entriamo in merito alle competenze dei Direttori Generali e dei Direttori Amministrativi.

Per quanto ci riguarda più da vicino è necessario imporre che il Direttore Sanitario d'Azienda sia effettivamente in possesso delle com-

petenze necessarie per esercitare i suoi compiti di responsabile strategico della produzione nell'ambito della *Clinical Governance*.

Questo è un punto cruciale. In un recente documento l'ANAAO ha affermato che "le competenze del Direttore Sanitario sono spesso limitate all'area d'igiene e organizzazione con scarse correlazioni con la professionalità clinica".

Sappiamo che non è vero. Ma è altrettanto vero che un Direttore Sanitario d'Azienda con le caratteristiche descritte dall'ANAAO, non è la persona giusta da collocare come Direttore della produzione responsabile della *Clinical Governance*. E' altresì necessario che nuove proposte normative evitino di attentare alla professionalità del Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero e non dimentichino che le competenze dei Medici di Direzione Sanitaria sono poliedriche e si acquisiscono con il tempo e con molta, tanta, preparazione e fatica. E' anche necessario che i clinici partecipino attivamente alla definizione degli standard clinico-assistenziali, all'appropriatezza, alla gestione e alle decisioni strategiche ed è in questo senso che può essere utilizzato il termine governo clinico, non confondendolo con la *Clinical Governance*. I presupposti normativi già esistono ed occorre farli rispettare laddove vengono ignorati. Il luogo di questo confronto può essere il Collegio di Direzione di cui fa parte l'alta dirigenza aziendale medica e non.

A condizione però che il Collegio di direzione venga elevato al rango di organo dell'azienda al pari della direzione generale al fine di garantire che s'instauri un dialogo fattivo tra i responsabili della Corporate Governance e della *Clinical Governance* nell'ambito delle organizzazioni sanitarie, conditio sine qua non per garantire la corretta gestione delle aziende sanitarie.

In estrema sintesi, infatti, come ha recentemente ricordato Taroni (1), la rielaborazione del concetto di *Clinical Governance* come problema

di governo aziendale costituisce essenzialmente un tentativo di ricomporre il conflitto di potere fra la burocrazia professionale medica e la nuova burocrazia manageriale che gestisce le aziende sanitarie in forza dei poteri delegati dalla politica in assenza però, molto spesso, di una formazione professionale specifica.

Il testo unificato sui "principi fondamentali in materia di servizio sanitario nazionale", adottato recentemente come testo base dalla commissione affari sociali della camera, ha recepito questa impostazione abbandonando l'ipotesi del Coordinatore Clinico e promovendo ad organo dell'azienda il collegio di direzione.

I medici di Direzione Sanitaria costituiscono un elemento fondamentale del mosaico del sistema sanitario. Abbiamo il dovere di creare le condizioni per il perseguimento della qualità e dell'eccellenza in carenza di risorse che oggi sono limitate e che purtroppo lo saranno ancora più domani. In un futuro che da virtuale diventi virtuoso, superando la pratica deleteria del ripianamento dei debiti, sopravviveranno soltanto le organizzazioni sanitarie di eccellenza e quelle in grado di garantire la qualità delle cure raggiungendo al contempo un effettivo pareggio di bilancio, eliminando quegli sprechi sistematici che tolgono soldi all'erogazione delle cure.

Queste organizzazioni non potranno raggiungere i loro obiettivi senza una forte funzione di governo professionale rappresentato dalla Direzione Sanitaria. Oggi il potere è in mano a coloro che, forti della conoscenza, sono capaci prima di progettare il futuro e, poi, d'imporlo a tutti gli altri (6). Non c'è scampo. O si progetta o si è progettati. Per progettare occorre soddisfare tre esigenze.

La prima è l'esigenza di ricerca ed ogni Direzione Sanitaria è un laboratorio di ricerca nel campo del management dei servizi sanitari. La seconda esigenza è il trasferimen-

to di conoscenza e l'Università, in assenza di una scuola adeguata, resta la grande forza che deve essere in grado di soddisfare il reale bisogno d'istruzione, con il nostro contributo per quanto attiene la formazione dei medici di direzione sanitaria.

La terza esigenza è la creatività che la natura distribuisce abbastanza equamente, ma che non viene altrettanto equamente coltivata. La creatività è una dote costituita dalla sintesi di fantasia e concretezza. La *Clinical Governance* richiede direzioni sanitarie professionalizzate, ricordando come ha detto Isaia, che le ricchezze vere sono la saggezza e la conoscenza.

La sfida dei medici di direzione sanitaria è una sfida delle competenze. Dobbiamo lavorare insieme affinché, per quanto possibile, non sia il futuro a gestire noi, ma noi a gestire il futuro.

Per gestire il futuro occorre avere un progetto condiviso, avere un'idea precisa del nostro ruolo, percorrere la strada della qualità ed ambire ad esportare il nostro modello di direzione sanitaria e la nostra professionalità in ambito europeo.

BIBLIOGRAFIA

1. Grilli R.; Taroni F.: *Governo clinico. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004*
2. Scally Donalson L.: *Clinical Governance and the drive for quality improvement in the NHS in England. British Medical Journal 1998; 31, 7:61-65*
3. Catananti C.; Aparo UL.: *Il destino dei direttori incrociati... Panorama della Sanità 2004; 2:13-16*
4. Starey N.: *What is Clinical Governance? BMJ, 2001; 317: 61-65*
5. Goodman NW: *Clinical Governance: vision or mirage? Journal of Evaluation in Clinical Practice, 2002; 8,2:243-249*
6. De Masi D.: *Dalla produzione dei beni alla creazione d'idee. Next 2005; 21: 27-33*

UN MONDO DI SOLUZIONI A PORTATA DI MANO...

PULIZIE CIVILI ED
INDUSTRIALI

PULIZIE E SANIFICAZIONI
OSPEDALIERE

MANUTENZIONI TECNICHE
E PULIZIE CRIOGENICHE

HANDLING

GESTIONE RIFIUTI
ED ARCE VERDI

SERVIZI ALBERGHERI

FACILITY MANAGEMENT

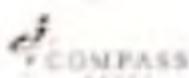
Partner insostituibile per un successo sicuro e personalizzato, Palmar è sinonimo di professionalità. Nota per soddisfare le più varie ed esigenti richieste del mercato dei servizi aziendali, ambientali ed alla persona, opera con successo anche nel facility management.

Grazie all'altissima qualità espressa e di anno in anno implementata, varca nel 2002 i confini italiani, entrando a far parte del Gruppo Compass, leader mondiale della ristorazione collettiva e presente in ben 90 Paesi con 400.000 dipendenti.

SINCERT [CICITTO] [CICITTO]
CONFORME A CONFORME A



INDAR S.p.A. Sede Centrale: Via Parisi, 102/A - 10090 CASCHÉ VICA RYON (Torino)
Tel. +39 011 5552900 r.a. - Fax +39 011 5571877 - E-mail: info@palmar.net - www.palmar.net
Ufficio: Centro Fiere Lingotto - Via Nizza, 294 - 10128 Torino I Tel. +39 011 6644264 - Fax +39 011 6434547
Ufficio di Livorno: Via Bergamo, 29 - 59020 Livorno (LI) - Tel. +39 05 93091811 - Fax +39 05 9309600
Ufficio di Caserta: Via Cavallotti, 124 - 81030 Casertavecchio (CE)
Tel. +39 0776 79349 403400 - Fax +39 0776 403166-79348



I nostri prodotti sono rigenerabili... ... più qualità, meno inquinamento



“Barrier System” ... La massima sicurezza non è usa e getta!

Al servizio di una professione e 100
professionisti per il settore sanitario.

ZACCARIA BARRIER SYSTEM

INDICAZIONE E SICUREZZA IN SALA OPERATORIA

La Zaccaria ha progettato e realizzato un sistema dedicato alla gestione di prodotti confezionati con tessuti tecnici INTRASKAL, dedicati alla sala operatoria. Le ZACCARIA BARRIER SYSTEM. Obiettivo primario è quello di coniugare elevato standard di sicurezza e comfort, grazie alla infusione nella camera del prodotto chirurgico di ZnO e un sistema termico in continuo sviluppo e aggiornamento in grado di monitorare, mediante la sterilizzazione di alto spettro, le esigenze del team operatorio e di rispondere alle problematiche che si insorgono durante l'attività chirurgica.

- Effetto barriera
- Impermeabilità
- Assorbente
- Basso emissione di particelle
- Comfort
- Antistaticità
- 70 dcl di lavaggio/sterilizzazione
- Kits personalizzati

Le competenze medico-legali della direzione sanitaria di presidio

Riassunto

Alle competenze medico-legali classiche delle D.S.P.O. si sono aggiunte negli ultimi anni altre competenze che hanno elementi in comune con la Clinical Governance e la VRQ. La polizia mortuaria, competenza medico legale ormai consolidata, è stata rivisitata e regolamentata nell'A.S. di Firenze da una procedura aziendale che garantisce il rispetto della salma in relazione al progetto di donazione degli organi e di umanizzazione e accoglienza dei Servizi. La Regione Toscana ha organizzato un servizio di Risk Clinical Management con proiezioni nelle D.S.P.O. e di Presidio. Sempre in ambito regionale è stata deliberata una verifica qualitativa dei dati riportati nelle cartelle cliniche. Il team di verifica è coordinato dal direttore sanitario di Presidio e dai suoi collaboratori. La gestione di competenze così diverse, in parte classiche, in parte nuove, con stretti legami con il sistema qualità, la clinical governance e il risk management, arricchisce la D.S.P.O. di nuovi valori che le consentono di aprirsi a nuove prospettive affascinanti e di ampio respiro.

Summary

A new specific Legal Medicine competence, as well as Clinical Governance and VRQ, have been recently added to the Medical Department traditional duties. Azienda Sanitaria di Firenze has drawn up a post-mortem regulation procedure which guarantees both corpse respect and organ donation process within the Humanization Project in Healthcare Services. Regione Toscana has set up a Clinical Risk Management Service which will take place into the local Hospital Management Department. Within the Regional Healthcare System a specific test has been introduced to prove the quality of the medical case history. The verify test will be co-ordinated by Hospital Medical Manager and his staff. The management of so many different old and new skills have many tight links with the quality system, the clinical governance and the risk management. Along with this, this new competence enhances the medical management with new values enabling to be open-minded and challenging perspectives.

A. Appicciafuoco^o, M.T. Benghi^o, V. Fusari^o

°Direzione Medica di Presidio, Nuovo Ospedale San Giovanni di Dio, Azienda Sanitaria di Firenze

Le competenze medico-legali delle DSPO sono classicamente descritte insieme alle competenze gestionali ed organizzative, alle competenze igienico-sanitarie e di prevenzione e alle competenze scientifiche. Il Consiglio Direttivo dell'A.N.M.D.O. ha definito il ruolo e le funzioni delle D.S.P.O. nel periodo 98-99 e più recentemente in un articolo pubblicato sul n. 1/03 della nostra rivista L'Ospedale. Ci soffermeremo, in questo spazio, su tre argomenti di particolare attualità e complessità organizzativa nella speranza di fornire un contributo personale da sottoporre alla vostra attenzione: la polizia mortuaria, la cartella clinica e il risk management.

LA POLIZIA MORTUARIA

Nel numero 2/05 della rivista "L'Ospedale" è stato pubblicato un ampio articolo su "L'organizzazione del servizio di polizia mortuaria nel Presidio Ospedaliero Nuovo San Giovanni di Dio". Lo scopo della procedura è quello di riuscire a presidiare tutto il processo. I punti su cui abbiamo focalizzato la nostra attenzione sono i seguenti:

1. *Sostegno ai familiari del defunto in tutto il percorso*
2. *Riduzione degli errori di compilazione della certificazione*
3. *Puntuale applicazione della normativa vigente*
4. *Formalizzazione del rilascio della salma*
5. *Adozione di un Regolamento*

Aziendale per una corretta collaborazione tra Azienda e Imprese Funebri

I goals più significativi che abbiamo raggiunto sono:

- *L'effettuazione dell'accertamento rapido della morte in tutti i presidi ospedalieri dell'Azienda. La diffusione capillare di questa pratica ha consentito di ridurre i disagi derivanti da carenze strutturali che abbiamo e che stiamo cercando di eliminare quali la mancanza di stanze dedicate per le onoranze funebri;*
- *la presenza di un regolamento aziendale e la diffusione di procedure da questo derivate che riducono al minimo la possibilità di equivoci e di situazioni a rischio;*
- *il rispetto della salma.*

Ci soffermiamo di più su questo aspetto perché se il rispetto della salma è riconosciuto da tutti come principio di valore universale, nella realtà del quotidiano l'attenzione alla salma, il diritto alle onoranze funebri, il rispetto



PAROLE CHIAVE: Polizia Mortuaria. Gestione del Rischio Clinico, Cartella Clinica

KEY WORDS: *Post-mortem Medicine Regulation, Clinical Risk Management, Medical Case-History*

dei diversi culti sono ancora deficitari. La Regione Toscana ha investito molto sulla donazione degli organi e non c'è dubbio che l'approccio fra la struttura e i parenti del deceduto ha una grande rilevanza sulla possibilità di favorire l'aumento delle donazioni. L'A.S. di Firenze nel mese di Aprile 2005 ha deliberato la costituzione di un project team impegnato a predisporre e realizzare il "Progetto Umanizzazione e Accoglienza". Nell'ambito di questo progetto è stato individuato un sottoprogetto che ha lo scopo di sviluppare un'accoglienza di 2° livello che ha tra i suoi compiti quello di gestire il momento del decesso di un paziente garantendo il rispetto della dignità dell'uomo, il rispetto delle diverse religioni o convinzioni filosofiche dei pazienti deceduti, il rispetto del diritto ad onoranze funebri decorose. Il cammino iniziato è complesso, lungo, ma anche ricco di stimoli e di sollecitazioni. Fra l'altro i nostri cittadini, gli stakeholders del servizio, dimostrano grande attenzione e sensibilità alla materia.

LA CARTELLA CLINICA

La necessità di effettuare adeguati controlli sulla Cartella Clinica deriva da obblighi di legge disattesi (L. 448/98 e L. 388/00) e soprattutto dalla necessità di rendere valore a un documento sanitario di fondamentale importanza. La Regione Toscana ha licenziato la delibera "determinazioni in merito alla verifica dei dati tra cartelle cliniche e schede di dimissione ospedaliera" (Del. G.R. Toscana 1396 del 27/12/04) nella quale sono indicati i seguenti

criteri generali per la procedura di verifica delle Cartelle Cliniche:

- *Corrispondenza formale dei dati con le SDO*
 - *coerenza e conformità intrinseca delle informazioni*
 - *campione casuale del 2% dei ricoveri*
 - *set standard di controlli significativi*
 - *valutazione sulla qualità della documentazione*
 - *esiti a disposizione degli organi aziendali e dei reparti*
- Il motore di questa verifica è la D.S.P.O. che ha il compito di individuare un team di valutazione composto da:
- *un medico di direzione sanitaria*
 - *un medico referente per la codifica non appartenente al reparto di pertinenza*
 - *un infermiere per le informazioni di competenza*
 - *un amministrativo per gli aspetti finanziari.*

La selezione del campione è effettuata in modalità Random dal sistema informativo che segnala alla D.S.P.O. un campione pari al 2% delle cartelle cliniche, con un minimo di una cartella al mese per i reparti che hanno meno di 600 ricoveri annui. La verifica viene effettuata secondo una check list all'uopo predisposta e gli esiti vengono ripor-

tati su un programma informatico per l'analisi statistica dei risultati. Riportiamo di seguito i principali parametri contenuti nella check list:

- coerenza diagnosi principale e secondarie
- coerenza procedure
- coerenza informazioni anagrafiche e amministrative
- ricostruibilità iter diagnostico-terapeutico
- presenza di firme, date, consensi, reperibili
- quotidianità diari clinici e infermieristici
- identificabilità esecutore e leggibilità
- sufficienza di anamnesi, esame ob. e dati clinici
- completezza scheda terapeutica
- adeguatezza lettera di dimissione
- note del valutatore.

La ricostruibilità dell'iter diagnostico-terapeutico e le note del valutatore sono parametri che investono di grande responsabilità la D.S.P.O.

IL RISK MANAGEMENT

Una delle possibili definizioni di Risk Management è quella riconducibile alla sua mission: "promuovere la cultura della comunicazione e gestione dei rischi con il coinvolgimento di tutti gli attori del sistema sanitario nelle iniziative per la sicurezza del paziente".

La gestione del rischio clinico necessita per forza di cose di un approccio interdisciplinare che coinvolge gli operatori di sanità

UNA DELLE POSSIBILI DEFINIZIONI DI RISK MANAGEMENT È QUELLA RICONDUCEBILE ALLA SUA MISSION: "PROMUOVERE LA CULTURA DELLA COMUNICAZIONE E GESTIONE DEI RISCHI CON IL COINVOLGIMENTO DI TUTTI GLI ATTORI DEL SISTEMA SANITARIO NELLE INIZIATIVE PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE".

pubblica, la scienza della comunicazione, il design, l'ergonomia e il fattore umano che ne è una sorta di sole planetario.

Il sistema di gestione del rischio clinico (GRC) parte dall'identificazione dei rischi e dalla loro analisi per arrivare alla prevenzione di questi. Gli strumenti clinical audit e m & m review permettono di ottenere un miglioramento continuo della qualità che in teoria dovrebbe consentire di arrivare a ridurre al minimo il rischio, con tendenza a zero dell'evento negativo.

La Regione Toscana ha licenziato nel mese di Dicembre 2004 una delibera (Del. G.R. N. 1387 del 27/12/04) dal titolo "indirizzo per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente nelle aziende sanitarie del S.S.R.". Il modello organizzativo proposto dalla Regione trasferisce a livello regionale un progetto sperimentale introdotto e praticato nell'ambito del Servizio di Ergonomia Clinica diretto dal Dr. R. Tartaglia nell'Azienda Sanitaria di Firenze. In virtù di questa delibera ogni azienda è tenuta ad avere il gruppo aziendale per la gestione del rischio clinico, un comitato per la sicurezza del paziente e un programma condiviso di formazione GRC. I risultati attesi sono a breve termine (2005) e a medio termine (2005-2006).

Nel breve termine la Regione Toscana ha individuato i seguenti obiettivi da realizzare:

- *la campagna "le mani pulite"* che richiama l'attenzione ancora una volta sull'importanza del lavaggio delle mani mediante

l'affissione di posters che sensibilizzano gli operatori sanitari al problema e il montaggio di distributori di detergenti in tutti i reparti e servizi ospedalieri;

- *la scheda terapeutica unica*: un documento sintetico che riassume in sé le pagine della cartella clinica dove il medico curante prescrive la terapia farmacologica e le pagine della scheda infermieristica dove viene trascritta la terapia prescritta dal medico. La S.T.U. dovrebbe ridurre la possibilità di errore al minimo;
- *farmamemo*: è un cartoncino che il paziente porta sempre con sé, delle dimensioni di un biglietto da visita o di una carta di credito, nel quale è annotata la terapia farmacologica che sta eseguendo. Con questo documento in caso di ricovero ospedaliero urgente e di soccorso territoriale si potranno evitare la somministrazione di farmaci incompatibili gli uni con gli altri.

Attualmente si è già conclusa la campagna "le mani pulite", mentre la S.T.U. è in fase di predisposizione nelle AA.SS.. Si registra un leggero ritardo nella predisposizione del farmamemo che la Regione Toscana prevede di realizzare comunque entro la fine dell'anno.

CONCLUSIONI

Abbiamo trattato tre esempi di competenze medico legali delle D.S.P.O. che presentano caratteristiche molto diverse fra loro. I compiti di polizia mortuaria sono

classicamente una competenza medico-legale della D.S.P.O.. In passato questa competenza è stata causa, è può esserlo tuttora, di situazioni che talvolta hanno richiamato l'attenzione della Magistratura.

La predisposizione di un regolamento aziendale puntuale e lo sviluppo delle donazioni di organi e tessuti e della tematica di umanizzazione e accoglienza arricchiscono di nuovi valori una competenza che in altro modo potrebbe sembrare arida e vetusta.

La verifica sulla qualità delle Cartelle Cliniche è una competenza sicuramente della D.S.P.O. che presenta aspetti medico-legali ma anche di miglioramento della qualità tanto che la corretta compilazione è un indicatore di qualità nel processo di accreditamento. Crediamo sia corretto mantenere e occupare questa competenza dal momento che la qualità è uno degli elementi cardine della Clinical Governance. Infine, il Risk Management appartiene al gruppo delle nuove competenze che, in quanto nuove, cercano ancora una casa-madre.

Crediamo sia meritevole di attenzione il modello organizzativo concretizzato in Toscana. Una struttura regionale con proiezioni nelle AA.SS. che sono in Staff alla Direzione Sanitaria Aziendale e con i referenti, come i facilitatori di audit, presenti nella D.S.P.O..

La gestione di competenze così diverse, in parte classiche, in parte nuove, con stretti legami con il sistema qualità, la clinical governance e il risk management, arricchisce la D.S.P.O. di nuovi valori che le consentono di aprirsi a nuove prospettive affascinanti e di ampio respiro.

LA REGIONE TOSCANA HA LICENZIATO NEL MESE DI DICEMBRE 2004 UNA DELIBERA (DEL. G.R. N. 1387 DEL 27/12/04) DAL TITOLO "INDIRIZZO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E LA SICUREZZA DEL PAZIENTE NELLE AZIENDE SANITARIE DEL S.S.R.".

Da sempre
siete alla ricerca
della perfezione.

LIDIMED: la gestione sicura, comoda e completa, di camici e teli per la sala operatoria.

La sicurezza della sterilizzazione e del riciclo di camici e teli

Lidimed propone un servizio innovativo di riciclaggio camici e teli per la protezione individuale del chirurgo del paziente e degli operatori di sala. Perché innovativo? Perché utilizza solo macchinari performanti ad altissima tecnologia, assicurandovi la sterilizzazione e il riciclo, quindi assicurandovi tempo-risultati rapidissimi e più rispetto per l'ambiente. Perché grazie al suo gestione automatizzata all'avanguardia, garantisce lo stoccaggio, il collaudo e la restituzione dei prodotti presso il cliente. Perché in poche parole Lidimed unisce sicurezza ed economicità.



La comodità della nuova generazione di tessuti 44-tubi

Per i suoi tessuti Lidimed si avvale solo dei migliori materiali italiani sul mercato, come il Microfibra Polaresse e soprattutto i tessuti "Lidimed Gore" e "Lidimed". Materiali dalle prestazioni uniche: effetto barriera, grande traspirabilità, capacità evanescente, sensazione lining, massima leggerezza e quindi un comfort quasi impercettibile in sala operatoria.

Lidimed effettua una sterilizzazione ultravioletta (UV/200/2000) sottoposta a severi verifiche e controlli, assicurandovi una sterilizzazione totale e un risultato per molti anni. Perché dunque tornare a usare il materiale erogato?

La completezza di una gamma per ogni tipologia di intervento

Lidimed riunisce i suoi prodotti in un 44 in grado di approntare un kit di intervento completo. Uno strumento "chiavi in mano" semplice e veloce nell'applicazione, esecutivo nelle esigenze del personale di sala e garanzia di ottimali condizioni di lavoro. La protezione completa di operatori e pazienti per ogni tipologia di intervento chirurgico.



Lidimed

Un sistema di vantaggi.

I percorsi assistenziali Clinical Pathways

Riassunto

Vedremo in questa nota lo studio, la progettazione e la realizzazione dei percorsi assistenziali come un metodo attraverso il quale i servizi sanitari e l'utenza possano condividere una progettualità ed una operatività che porta ad un beneficio comune: per l'utenza ottimizzazione della risposta ai bisogni di salute, per gli operatori un modo di lavorare più gratificante.

La parola chiave è 'gestione globale': a nostro avviso tanto più i servizi sanitari sono programmati e gestiti per dare risposte globali ai bisogni di salute dell'utenza, tanto più le prestazioni erogate saranno efficienti, efficaci, e tanto meno avremo fenomeni di demotivazione o burn-out negli operatori sanitari. Vale la pena allora vedere quali sono gli obiettivi raggiunti dai protagonisti di questa sfida, e allo stesso tempo quali sono ancora i vincoli che ostacolano questo percorso, utilizzando anche esemplificazioni pratiche.

Summary

We'll talk in this article about Clinical Pathways as a way Health Services and Users can share a plan and a practice in order to get a common benefit: for users an optimal response to their health needs, for health workers a more gratifying working way.

The key-word is "global management"; we think that the more Health Services are planned and managed in order to meet all the needs of users, the more every supplied service will be effective and efficient, and the less health workers will meet demotivation and burn-out.

We'll talk about the role played by Central Government, Regional Government, Health Providers, and Users, also highlighting some practical examples.

M. Brogi

UOC Programmazione strategica, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese.

IL GOVERNO CENTRALE

Il percorso della cosiddetta "devolution" presenta numerose contraddizioni: la facoltà di scegliere di essere curato da qualsiasi struttura pubblica e convenzionata su tutto il territorio nazionale che ha il cittadino italiano ha difficile applicazione con 20 servizi sanitari regionali che hanno ciascuno il proprio tariffario e nomenclatore. Per mantenere questa facoltà senza spreco di risorse e con compensazioni eque occorre che il nomenclatore delle prestazioni sia univoco sul territorio nazionale, e aggiornato di continuo, e che le compensazioni fra regioni avvengano sulla base di un unico tariffario aggiornato almeno annualmente, su basi di full-costing standard. Si avrà così una base di compensazione ragionevolmente equa, ed anche la possibilità per ciascun SSR di confrontare i propri costi

relativi alle procedure con uno standard nazionale. La corretta valorizzazione delle prestazioni non solo è alla base di una corretta contabilità analitica a livello delle singole aziende, ma, soprattutto se integrata con analisi di full costing, promuove un'operazione di benchmarking di costi legati a processi utile all'analisi delle singole realtà e ad evidenziare aree di minore o maggiore efficienza.

Inoltre è auspicabile che la diffusione della tessera sanitaria elettronica, iniziata in alcune regioni, si estenda rapidamente a tutto il territorio nazionale (magari con un software europeo, visto che ormai si parla di libera circolazione degli utenti e degli operatori in Europa): ciò consentirebbe agli assistiti di accedere a procedure informatizzate di prenotazione, di detenere notizie utili e aggiornate relative alla propria salute, e alle aziende sanitarie di seguire in tem-

po reale il percorso dei propri assistiti anche al fine di valutare l'efficacia del servizio regionale stesso (attualmente le fughe extra-regionali di un anno si conoscono a fine agosto dell'anno successivo). L'altro caposaldo che reputo strategicamente fondamentale per il successo del SSN è la riconduzione dell'attività terapeutica libero-professionale all'interno delle strutture pubbliche; se l'attività diagnostica, ed in particolare la visita specialistica può essere prevista anche fuori dalla struttura, ed anzi può risultare un punto di attrattività per la struttura stessa, l'attività terapeutica, soprattutto interventistica, deve essere ricondotta per i medici operanti nel SSN all'interno della struttura, configurandosi altrimenti una competizione non a favore dell'azienda stessa.

I SERVIZI SANITARI REGIONALI

I servizi sanitari regionali, pur nelle loro differenti impostazioni ideologiche, stanno percorrendo del-



PAROLE CHIAVE: Percorsi assistenziali; Gestione globale; Servizio Sanitario Nazionale; Utenti.

KEY WORDS: *Clinical pathways, Global Management; National Health Service, Users.*

le tappe comuni:

- 1) E' ormai consolidata la diffusione degli strumenti gestionali tipici dell'aziendalizzazione (contabilità analitica, budgeting, reporting);
- 2) Ogni Regione appare sempre più non solo l'organo politico di indirizzo, ma sempre più Azienda Madre (Holding Company) delle varie Aziende sanitarie regionali;
- 3) Le iniziative di riassetto istituzionale coincidono con l'applicazione del concetto di rete, elevando l'insieme delle aziende sanitarie a sistema (esperienze di organizzazioni sovra-aziendali tipo 'Area vasta' riguardano ormai tutta l'Italia centro-settentrionale).
- 4) Forte focalizzazione sull'equilibrio economico-finanziario, che a livello regionale è anche occasione di difesa dell'autonomia nei confronti dello stato.
- 5) Frequenti richiami nei PPSSRR alla 'clinical governance', e a percorsi assistenziali organizzati (intesi come linee guida cliniche ed organizzative).

Si tratta di fenomeni in gran parte positivi: si consolida il concetto di documentare l'attività svolta e di quantificare l'utilizzo delle risorse, si razionalizza l'offerta introducendo criteri di economia di scala e delineando i vari livelli di assistenza, si danno indicazioni finalizzate a trattamenti appropriati, omogenei, di dimostrata efficacia.

LE AZIENDE SANITARIE

Dei vari 'messaggi' inviati dalle Regioni quello che arriva più forte e chiaro è indubbiamente quello del rispetto dei vincoli econo-

mico-finanziari; sono ancora fortemente disomogenei i rapporti delle Aziende sanitarie con i MMG; i sistemi informatici ed informativi sono sviluppati quasi sempre a livello aziendale anche dove esistono istituzioni sovra-aziendali, e soprattutto i cambiamenti istituzionali intra-aziendali, che consistono nella maggior parte dei casi nella creazione dei dipartimenti, sono stati disegnati per lo più dando priorità ai poteri formali ed informali presenti in azienda piuttosto che alla capacità dell'offerta assistenziale di dare risposta compiuta ai bisogni di salute dell'utenza.

GLI UTENTI

Chi risente maggiormente di strutture disegnate sulla base della realtà organizzativa del provider, e non sui bisogni dell'utenza è inevitabilmente l'utente.

Se facciamo un esercizio di analisi organizzativa studiando per una certa tipologia di pazienti quanti passaggi in cura sono necessari per dare risposta globale ai bisogni che quei pazienti presentano, quasi mai otteniamo quello che dovrebbe rappresentare l'optimum, e cioè zero passaggi.

Per quanto riguarda l'ospedale, proviamo a fare degli esempi:

- 1) Nella maggioranza dei casi l'utente che arriva alla porta dell'ospedale (Pronto soccorso) viene valutato da un'équipe infermieristica di triage che stabilisce la priorità temporanea, poi verrà preso in carico dall'équipe infermieristica che presta assistenza nei locali del pronto soccorso, e visitato da un medico che -se ritenuto necessario- lo ricovererà in un re-

parto dell'ospedale dove, appena ci sarà disponibilità di posto letto, sarà preso in carico da un'altra équipe infermieristica e da un altro medico che ripartirà dalla visita per confermare o meno quanto ipotizzato dal collega che ha effettuato l'accettazione.

Possiamo fare uno sforzo teso a dare prestazioni maggiormente orientate ad una risposta globale ai bisogni dell'utente?

Se integriamo il pronto soccorso con robuste strutture ambulatoriali e lo dotiamo di posti letto di osservazione (diagnostica rapida con permanenza di norma inferiore alle 24 ore), già cominciamo a dare esauriente risposta almeno ai pazienti che non necessitano di ricovero ed evitiamo dei ricoveri impropri; se almeno gli internisti e i chirurghi presenti alla porta dell'ospedale sono gli stessi che, in caso decidano il ricovero di competenza, prendono in carico il paziente e completano il percorso assistenziale, stiamo pensando ad un'offerta globale che risponde maggiormente ai bisogni del paziente e quindi a percorsi assistenziali più razionali.

Se agli infermieri triagisti alla porta dell'ospedale affidiamo, oltre al compito di stabilire le priorità, anche quello di indirizzo all'équipe appropriata, diamo concreta risposta ai bisogni dell'utente e concreto contenuto alla professione infermieristica, ora ridisegnata come percorso formativo universitario, e in progressione sul versante gestionale nonché sul versante clinico.

La frammentazione del percorso assistenziale non solo sconcerta il paziente e i suoi familiari, che si ritrovano 'sballottati' da una struttura all'altra dell'ospedale, ma non gratifica nemmeno gli operatori sanitari, che da un lato risponderanno più al bisogno di smistare il malato che a quello di curarlo, dall'altro si ritroveranno un paziente accettato da altri con cri-

teri non sempre o non totalmente condivisi.

Questo a più forte ragione vale anche per i pazienti che giungono in ospedale in condizioni critiche: questi devono essere presi in carico da un team esperto (chirurgo, rianimatore, infermieri oltre ai servizi diagnostici di supporto con linee di urgenza dedicate) con un team leader predefinito che dirige le operazioni e stabilisce volta per volta le priorità (diagnostiche, rianimatorie, interventistiche). In questo ambito i tempi dell'intervento divengono essenziali. Vi è necessità di un certo volume di attività che consenta nel tempo il mantenimento ed anzi il rafforzamento delle capacità di gestione del paziente critico: questo garantisce innanzi tutto un intervento di qualità per l'utente, e garantisce un volume di attività che va a coprire se non totalmente almeno in gran parte l'investimento necessario.

2) Altro settore dove i passaggi in cura sono frequenti è quello oncologico: spesso al paziente in questi passaggi vengono anche prospettati percorsi terapeutici diversi, cosa che non contribuisce certo ad alleviare una situazione psicologica di per sé stressante; una struttura organizzata, tesa a dare una risposta globale concertata dall'intero team oncologico ha evidentemente per il paziente una funzione di rassicurazione. A questi pazienti inoltre dovrebbe oggi essere offerta, a richiesta, o addirittura in modo routinario, una 'second opinion', espressa dal team oncologico di altra azienda altamente qualificata.

Proprio nel settore oncologico la Regione Toscana porta avanti l'interessante sperimentazione di un Istituto Oncologico Regionale 'virtuale', che funge da supporto a tutte le aziende per garantire percorsi diagnostico-terapeutici appropriati, efficaci ed omogenei su tutto il territorio regionale.

Questi sono solo degli esempi che evidenziano quanto sia importante considerare prioritario il percorso assistenziale fin dal momento della programmazione.

Una riflessione ulteriore va fatta per i settori di terapia intensiva e di riabilitazione: è ancora attuale che nella maggior parte dei casi siano organizzati autonomamente, in modo trasversale?

Le esperienze (dipartimentali e non) con terapia intensiva, sub-intensiva e riabilitazione 'interne', siano esse di cardiocirurgia, di ortopedia, di neurochirurgia piuttosto che di ematologia, trapiantologia e quant'altro, fanno ritenere che forse è arrivato il momento di un ripensamento che parta proprio dalla centralità del paziente e del suo percorso assistenziale, e quindi teso ad ottenere una risposta globale per un certo target di pazienti.

Nelle patologie croniche l'ampliamento dell'offerta assistenziale, con il counseling telefonico o per e-mail, la diagnostica effettuata al domicilio dell'utente e teletrasmessa al centro di riferimento, la ospedalizzazione domiciliare, disegna strategie orientate all'utente, e alla sua fidelizzazione, riduce l'ansia e le fughe verso altri provider.

CONCLUSIONI

Disegnare fin dalla programmazione delle strutture istituzionali dei percorsi assistenziali partendo dai bisogni complessivi dell'utente è la metodologia che unisce in sé l'utilità per l'utente con la soddisfazione degli operatori sanitari, che passano da un lavoro modello catena di montaggio ad un modello "ad isola": il gruppo segue l'utente dall'inizio alla fine, ed ha la precisa consapevolezza della coincidenza del proprio operare con la "mission" dell'intera organizzazione.

Abbiamo ben presenti le pubblicità di un'auto e di una banca 'costruite intorno a te'; è possibile

costruire intorno all'utente anche il servizio sanitario? Io penso di sì. Raggiungere questo obiettivo sarà tanto più facile, quanto più sarà tenuto presente fin dalla programmazione delle strutture, che saranno pensate per erogare prestazioni che rispondono ai bisogni globali di un certo target di pazienti.

NOTE BIBLIOGRAFICHE

1) *Rapporto OASI 2004, Cergass Bocconi, coordinamento del Prof. Annessi Pessina*

2) *'L'organizzazione dipartimentale nelle aziende sanitarie', a cura di Stefano Baraldi, Accademia Nazionale di medicina, 2003*

3) *Marco Brogi, Il buongoverno della continuità assistenziale, il Sole 24 ore sanità, anno VI, n.36, 23-29 settembre 2003*

4) *Regione Toscana, Dipartimento del Diritto alla salute e delle politiche di solidarietà, PSR 2005-2007, disp. Su www.sanita.toscana.it*

5) *Crossing the quality chasm, a New Health System for the 21st Century, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington D.C., 2001*

6) *Giuseppe Noto, Alcune riflessioni metodologiche sugli aspetti critici e sulle potenzialità di sviluppo dei percorsi assistenziali, in 3° rapporto Ce-BePS, Sanità & Management Consulting*

7) *Involve newsletter, Promoting public involvement in NHS, public health and social, varie pubblicazioni disponibili su www.invo.org.uk*

8) *N. Silvestri, L. Colombo, L'accoglienza nel dipartimento di urgenza-emergenza dell'ospedale Humanitas di Milano, in 'I nuovi ospedali', Atti del 2° convegno nazionale di Organizzazione, Igiene, e Tecnica Ospedaliera, Grado, aprile 2004.*

QUANDO LA SALUTE DIPENDE DALLA MISURA...

SISTEMI per:

- CONTROLLO QUALITÀ DELL'ARIA IN AMBIENTI A CONTAMINAZIONE CONTROLLATA
- MONITORAGGIO GAS ANESTETICI
- MONITORAGGIO PARTICELLARE
- CONTROLLO PRESSIONE DIFFERENZIALE
- MONITORAGGIO MICROBIOLOGICO
- STUDIO DELLA VENTILAZIONE
- EVACUAZIONE GAS E VAPORI ANESTETICI
- STUDIO DEL MICROCLIMA TERMOIGROMETRICO
- MONITORAGGIO DELL'INQUINAMENTO INDOOR

SERVIZI AI:

- QUALIFICA SALE OPERATORIE
- VERIFICA CLASSE DI PULIZIA
- ASSISTENZA TECNICA CERTIFICATA
- CORSI DI FORMAZIONE TECNICO-APPLICATIVI

...AIRNOVA È LA SOLUZIONE!!!



Via S. Marco, 127
35129 Padova
Tel. : +39 049 80 34 184
Fax : +39 049 72 56 59
http : www.airnova.it
e-mail: airnova@airnova.it

Le dimissioni protette

R. Predonzani

Direttore sanitario H. Ospedale di Imperia

“ *Invecchiare è un privilegio e una meta della società. E' anche una sfida, che ha un impatto su tutti gli aspetti della società del XXI secolo.* ”

Parlare di dimissione protetta in un congresso ANMDO è particolarmente importante perché vuol dire rivedere l'organizzazione dell'ospedale come un'ingranaggio di un sistema al centro del quale viene posto il cittadino non solo con le sue necessità di tipo diagnostico terapeutico ma anche e soprattutto quelle socio assistenziali, prevedendo un'integrazione sempre maggiore con il territorio all'interno del quale l'ospedale stesso si trova a svolgere la sua funzione.

In quest'ottica la mia relazione presenterà una serie di dati statistici che cercheranno di puntualizzare il quadro d'insieme del problema, in particolar modo a riguardo della popolazione più anziana, che pur non essendo l'unica destinataria delle dimissioni protette, ne rappresenta la quota sicuramente maggioritaria e con le problematiche sociali maggiori.

Negli ultimi anni si è assistito ad un progressivo invecchiamento della popolazione italiana con un progressivo aumento delle patologie croniche ed invalidanti a carico dei segmenti più anziani della popolazione.

Tale trend è comune a tutto il mondo occidentale.

L'invecchiamento della popolazione è infatti tipicamente accompagnato da un aumento del carico delle malattie non trasmissibili, come quelle cardiovascolari, il diabete, la malattia di Alzheimer e altre patologie neurodegenerative, tumori, malattie polmonari croniche ostruttive e problemi muscoloscheletrici. Come conseguenza, la pressione sul sistema sanitario aumenta. Le malattie croniche impongono alla popolazione anziana un peso elevato in termini di salute e economico a causa proprio della lunga durata di queste malattie, della diminuzione della qualità della vita e dei costi per le cure. In Europa, come in molte altre regioni ricche, una persona su 5 ha più di 60 anni.

Secondo le stime dell'Istat, nel 2001 in Italia il numero di ultra 65enni ammontava a circa 10 milioni e mezzo di persone (il 18% della popolazione italiana), nel 2006 si stima che questo numero lievitò fino ad arrivare a circa 11 milioni e mezzo di persone. Statistiche ministeriali indicano che in tale fascia di popolazione la disabilità raggiunge il 30%. Come si può vedere dalla tabella successiva, l'indice di vecchiaia della popolazione italiana (dati Censis) dal 1971 al 2001 è aumentato notevolmente. Ricordo che l'indice di vecchiaia è un indicatore sintetico del grado di invecchiamento della popolazione e con esso si intende il Rapporto di composizione tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e popolazione più giovane (0-14 anni).

Tavola: Indice di vecchiaia per anno di censimento - Italia

ANNI DI CENSIMENTO	Indice di vecchiaia
1971	46,13
1981	61,72
1991	96,57
2001	131,38

L'indice di vecchiaia, che permette il confronto immediato tra i due contingenti, è decisamente aumentato in questi ultimi anni indicando che ci sono oltre 131 anziani ogni 100 bambini.

Se il 19% della popolazione italiana è sopra i 65 anni, in Liguria gli ultrasessantacinquenni rappresentano il 26% della popolazione residente.

Il quadro risulta ancor più allarmante se si analizza la composizione delle famiglie in Italia:

Famiglie per numero di componenti - Italia

NUMERO DI COMPONENTI	Numero di famiglie	2001%
1 persona	5427621	25%
2 persone	5905411	27%
3 persone	4706206	22%
4 persone	4136206	19%
5 persone	1265826	6%
6 o più persone	369406	2%
Totale	21810676	

Il 52% delle famiglie italiane nel 2001 risultava costituito da 1 o 2 componenti. Questo dato mette in risalto come non sempre la famiglia riesce a rispondere in toto alle mutate necessità assistenziali determinate dalla gestione a domicilio di un malato cronico. Una recente ricerca della Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali ("La condizione dell'anziano non autosufficiente. Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive") ha evidenziato come il 75,1 % degli anziani, in caso di bisogno, è assistito dai figli, il 41,6% dal coniuge o dal convivente. Il 71,9% afferma di non aver mai sentito parlare di assistenza domiciliare integrata.

E' anche da ricordare come se da un lato le nuove tecnologie terapeutiche sono in grado di migliorare o prolungare le patologie ad andamento cronico e/o invalidante, dall'altro la gestione delle stesse richiedano competenze e manualità sempre più complesse. I malati con pluripatologie, per lo più portatori di invalidità, rappresentano dunque un peso socio assistenziale che difficilmente da sola la famiglia può sopportare, sia economicamente sia come gestione sanitaria del parente 'ammalato'.

Per far fronte a queste mutate esigenze (meglio sarebbe chiamarle 'emergenze') negli ultimi anni sono stati sviluppati in tutta Italia diversi progetti che hanno cercato di rispondere a questo problema, da un lato sviluppando o potenziando servizi (R.S.A., Residenze Protette, Hospice, Assistenza Domiciliare Integrata) dall'altro cercando di sviluppare una rete integrata socio assistenziale che vedesse sempre più coinvolte tutte le strutture interessate a questo problema (Regione, Aziende Sanitarie, Comuni, Onlus etc.).

E' peraltro un dato acquisito che ad oggi è ancora l' Ospedale a dover assorbire il maggior peso di tale situazione, non essendo sempre possibile prevedere un rapido e razionale percorso nella dimis-

sione di questi malati. Ciò comporta un costante conflitto con le attuali linee di sviluppo nazionale e regionale che prevedono una progressiva rimodulazione dei compiti e delle risorse impegnate nelle strutture ospedaliere. L'impegno a ridurre i costi ospedalieri con riduzione dei posti letto e delle risorse umane impegnate a favore di una loro riallocazione territoriale si scontra spesso con l'impossibilità, il più delle volte manifesta, a trovare una idonea collocazione socio assistenziale ai numerosi pazienti che vengono quotidianamente ricoverati causa l'inadeguatezza delle risposte sul territorio.

La stessa competizione spesso presente tra le Aziende Sanitarie o all'interno della stessa Azienda creata dalla budgetizzazione (miglior punteggio del DRG, ricoveri LEA non Lea, riduzione della degenza media) ha peraltro creato si-

tuazioni in cui sempre più spesso si ricerca la deospedalizzazione precoce a scapito dell'assistenza e continui conflitti tra strutture ospedaliere e territoriali che certo non ne favoriscono l'integrazione. Secondo il rapporto "Stato di salute e prestazioni sanitarie nella popolazione anziana" del Ministero della Salute, la popolazione anziana oggi in Italia determina il 37% dei ricoveri ospedalieri ordinari e il 49% delle giornate di degenza e dei relativi costi stimati.

In particolar modo, da questa indagine condotta dal Ministero della Salute sui ricoveri dell'anno 2000, si è evidenziato come i tassi di ospedalizzazione per il ricovero ordinario nelle due fasce d'età 65-74 anni e maggiore di 74 anni registrino dei valori rispettivamente doppi e tripli di quelli registrati nella popolazione generale (pari al 160 per 1000) e del 60% per i dati di day hospital (valore medio 46%).

Tasso di ospedalizzazione - Ricoveri per 1.000 residenti anziani Anno 2000

Regione	65 - 74 anni			Più di 74 anni		
	Ordinari	D.H.	Totale	Ordinari	D.H.	Totale
Piemonte	236,9	76,4	313,3	364	65,5	429,5
Valle d'Aosta	242	86,1	328,1	366	92,4	458,4
Lombardia	325,1	94,2	419,3	474,5	80,8	555,3
Prov. Auton.						
Bolzano	382,2	23,2	406,4	652,3	36,5	688,8
Prov. Auton.						
Trento	326,9	83,7	410,5	525,8	90,4	616,2
Veneto	292,1	97,2	389,3	486,4	95,3	581,7
Friuli						
Venezia Giulia	58,1	59,1	317,2	438,4	53	491,4
Liguria	251,4	100,	352,1	387,2	84,3	471,5
Emilia Romagna	265,8	103,1	368,9	448,3	110,8	559,1
Toscana	246,5	68,3	314,7	411,8	69,4	481,2
Umbria	276	107,2	383,1	398,9	100	498,9
Marche	277,4	66,6	343,9	453,1	73,9	527
Lazio	301,6	66,9	368,5	476,7	63,7	540,4
Abruzzo	378,6	59,8	438,4	541,9	50,2	592,1
Molise	345,6	20,5	366,1	473,9	10,1	484
Campania	321,5	59,4	380,9	414,6	42,8	457,5
Puglia	381,6	58,2	439,7	529,9	41,6	571,5
Basilicata	288,3	62	350,3	398,4	55,8	454,2
Calabria	313,9	46,9	360,	443,	33,2	476,5
Sicilia	246,6	63,5	310,1	325	52,8	377,8
Sardegna	306,6	107,3	413,9	461,4	73,2	534,6
Italia	293,7	77,3	371	440,7	70,3	511

E' inoltre da ricordare come attraverso la dimissione protetta è possibile avviare anche una politica di controllo della spesa farmaceutica, attraverso la distribuzione diretta dei farmaci. E' noto da tempo che la spesa sanitaria presenta una forte concentrazione su un ristretto numero di persone (Zook e Moore 1980). In tutti i paesi in cui questo fenomeno è stato studiato, i risultati indicano che, in un anno, da un quarto ad un quinto della popolazione generale non fa alcun uso dei Servizi Sanitari, mentre l'1 % della popolazione assorbe intorno al 20 % della spesa sanitaria totale ed il 10 % della popolazione rende ragione di oltre la metà della spesa (Berke e Monheit 2001; Roos, Burchill e Carriere 2003; Mapelli 2003).

Un'indagine italiana ha dimostrato che il 90 % degli assistiti è responsabile solo del 26 % della spesa, il 10 % restante spende il 74 % del bilancio dell'ASL in particolar modo essi assorbono l'87% dei ricoveri in Ospedale, il 69 % dei farmaci e il 51% delle prestazioni specialistiche. E' pertanto comprensibile come una corretta gestione delle dimissioni protette può determinare un evidente controllo della spesa ospedaliera e farmaceutica.

Nei tre Presidi Ospedalieri della ASL1 Imperiese oltre il 50% dei ricoverati ha più di 65 anni d'età, e il numero dei ricoveri degli ultrasessantacinquenni sono ogni anno più di 10000. Quanti di questi sono necessitanti di un ricovero in un'Ospedale per acuti? L'attuale P.S.N. indica tra i principi essenziali cui il SSN deve ispirarsi nella sua organizzazione il principio dell'integrazione socio-sanitaria. In particolar modo esso precisa 'l'integrazione tra i servizi sanitari e quelli sociali a livello locale è indispensabile così come la collaborazione tra Istituzioni e pazienti e la disponibilità delle cure specialistiche e riabilitative domiciliari per i pazienti cronici, i malati terminali, i soggetti deboli e coloro che non sono totalmente autosufficienti; inoltre è molto rilevante, sotto il profilo sociale, concorrere allo sviluppo di for-

me di supporto ai familiari dei pazienti'.

La Dimissione Protetta

La dimissione protetta per alcuni rappresenta un'aspetto dell'assistenza domiciliare integrata, per altri si identifica con essa.

Per A.D.I. si intende un sistema integrato di interventi domiciliari in favore di soggetti aventi necessità di un'assistenza socio-sanitaria continuativa, che consente alla persona parzialmente, temporaneamente o totalmente non autosufficiente di rimanere il più possibile nel proprio ambiente di vita. L'ADI garantisce, in relazione al bisogno dell'utente, un insieme di prestazioni in forma integrata e secondo piani individuali programmati con la partecipazione della famiglia e, al bisogno, del volontariato. Cosa si intende per Dimissione Protetta? Alcune definizioni la dividono in programmata e/o precoce e la definiscono come una forma di assistenza sanitaria e/o sociale a livello domiciliare conseguente alla dimissione di utenti, dopo che le condizioni acute sono stabilizzate e per le quali l'ulteriore periodo di cura o riabilitazione può essere trascorso a domicilio. Viene di solito prevista la fornitura di materiale e di personale d'assistenza presso il domicilio. Altre definizioni estendono il termine anche alla dimissione presso strutture sanitarie territoriali quali la RSA, l'hospice o le Residenze Protette. In sintesi per dimissione protetta si può definire la modalità con le quali i pazienti, siano essi pediatrici, adulti od anziani, che necessitano ancora di assistenza sanitaria e/o sociale, in dimissione dai vari reparti ospedalieri, possono essere assistiti a domicilio o in altra struttura della rete dei servizi territoriali. Ciò comporta che venga definito un piano assistenziale personalizzato prima della dimissione del paziente. L'obiettivo è quello da un lato di evitare 'l'istituzionalizzazione' del cittadino in ospedale dall'altra di favorire il reinserimento della persona in una 'dimensione di vita' conosciuta (concetto di domiciliarità).

Il cuore dell'organizzazione è l'integrazione tra tutti i soggetti deputati alla gestione della cura della persona. Infatti in molti casi il rientro a domicilio non implica la completa guarigione, pertanto è necessario assicurare una continuità di trattamento che prevede l'intervento di diversi attori: Ospedale, Servizi Sanitari Territoriali, Comuni, Medici di Medicina Generale Associazioni di Volontariato.

La programmazione della dimissione in questi casi è un complesso intrecciarsi di competenze di diversi professionisti per supportare la famiglia nella cura della persona sia con presidi appropriati sia con prestazioni sanitarie e interventi di natura socio assistenziale.

E' per questo fondamentale l'esistenza di una rete di servizi che interagiscano tra loro per offrire al singolo cittadino la soluzione più idonea in relazione ai bisogni e alle risorse. Fondamentale in questo passaggio è il ruolo della Direzione Sanitaria di Presidio, che deve partecipare alla definizione (con il coinvolgimento dei dipartimenti ospedalieri e del territorio) di efficaci percorsi di dimissione per patologie per il pieno utilizzo delle risorse sanitarie disponibili e raccogliere e analizzare le richieste provenienti dai Reparti di degenza attivando i rapporti con le strutture territoriali.

Ciò al fine di facilitare un'integrazione dell'Ospedale nella realtà locale e di supportare i Reparti di degenza nell'espletamento dell'attività burocratica che l'attivazione di tali percorsi comporta e che spesso distrae gli operatori dai compiti istituzionali di diagnosi e cura cui sono deputati. Obiettivi della dimissione protetta sono:

- Sviluppare un percorso assistenziale programmato di facile accesso per il cittadino
- Ridurre i costi collegati ad una degenza prolungata con un miglior utilizzo dell'ospedale
- Diminuire il ricorso a nuove ospedalizzazioni
- Diminuire il carico assistenziale per la famiglia

- Migliorare la comunicazione tra ospedale MMGG e Servizi Territoriali.

I destinatari principali cui si rivolge la dimissione protetta sono pertanto i pazienti non autosufficienti che all'atto della dimissione possono presentare o fattori di rischio sociale (età avanzata, situazione familiare critica, paziente che vive solo o con coniuge anziano, paziente senza fissa dimora, condizioni abitative critiche) o fattori di rischio sanitario (patologie o disabilità gravi, malattie psichiatriche, demenza).

Sono due gli obiettivi fondamentali che la dimissione protetta si pone: razionalizzare il ricorso al ricovero ordinario con una maggior appropriatezza dei ricoveri e riduzione delle giornate di degenza e garantire una continuità assistenziale alla dimissione.

La Dimissione protetta nell'ambito della ASL1 Imperiese:

Presso la ASL 1 Imperiese esistono tre strutture ospedaliere (Imperia, Sanremo e Bordighera) e tre Distretti zonali con un coordinamento centrale. Il cuore dell'organizzazione è rappresentato dall'Unità di valutazione multidisciplinare, costituito da un nucleo fisso (cure primarie) e di un nucleo mobile, costituito o dal direttore della S.C. ospedaliera o dal medico di MMGG e figure professionali di altri servizi sanitari, socio sanitari e sociali dell'ASL e degli Enti Locali in rapporto alle caratteristiche del bisogno dell'utente. Loro compito è quello di individuare un piano di intervento che, prendendo spunto dalle necessità del paziente, provveda o all'inserimento in strutture assistenziali o a attività domiciliare integrata e dimissione protetta. Viene sempre individuata la figura del case manager, che corrisponde all'operatore maggiormente impegnato sul caso. Il case manager cura la regia della presa in carico, diventa il riferimento principale dell'utente e ha la responsabilità di proporre la revisione del progetto di cura nel caso questo debba essere rivisto. In particolar modo, analizzan-

do gli aspetti organizzativi prettamente ospedalieri, si può rappresentare il seguente percorso che porterà all'attivazione della dimissione protetta: il paziente entra in reparto. L'accettazione amministrativa e sanitaria viene effettuata direttamente in reparto dal personale infermieristico, che da subito raccoglie tutti i dati del paziente compresa la situazione sociale. Inoltre nel 60 % delle unità degenziali viene compilata una cartella infermieristica informatizzata dove sono presenti delle check list in cui vengono individuati dei parametri che possono sin dall'inizio allertare il personale sulla necessità di provvedere all'attivazione di dimissioni protette. Questo è un punto particolarmente importante, perché da un lato le risorse territoriali sono limitate, dall'altro molto spesso ci si deve confrontare con situazioni in cui il medico di reparto decide di dimettere 'improvvisamente' il paziente con conseguente generazioni di conflitti con i parenti, con la direzione sanitaria o con le strutture territoriali. Laddove non è ancora stata attivata la cartella infermieristica informatizzata, esiste comunque una cartella infermieristica cartacea, regolarmente compilata.

Nel caso di pazienti che richiedano all'atto della dimissione l'attivazione di servizi territoriali, la Caposala invia alla Direzione Medica di Presidio la segnalazione per l'attivazione della UVM. La DMP deve inoltrare la domanda entro e non oltre le 72 ore precedenti la dimissione.

Il medico delle Cure Primarie si reca in ospedale per prendere visione del caso e attiva l'UVM dove avviene, congiuntamente al medico ospedaliero e al medico di MMGG, la compilazione del piano di intervento. Ciò avviene nel caso in cui il paziente presenti necessità che venga attivato un percorso assistenziale o socio assistenziale post ricovero che comporti o un'assistenza domiciliare o l'inserimento in una struttura residenziale o semi residenziale.

Presso la nostra ASL peraltro con il termine di dimissione protetta si intende anche un percorso assisten-

ziale post ricovero gestito direttamente dal reparto, in particolar modo nei casi in cui il paziente, pur dimissibile, necessita ancora di assistenza in relazione alla patologia per la quale è stato ricoverato.

In particolar modo tutti i controlli, le visite e le prestazioni diagnostiche terapeutiche correlate all'evento che ha determinato il ricovero effettuati entro un mese dalla dimissione vengono considerate come correlate al ricovero. Tale attività viene programmata all'atto della dimissione da personale medico di reparto di degenza e vengono effettuate non in attività di specialistica ambulatoriale. Tutta l'attività, pianificata, è a carico del reparto richiedente, compresa l'eventuale trasporto in ambulanza per i pazienti non deambulanti. In ultimo, come già ricordato in precedenza, nel progetto sulle dimissioni protette, si è inserito anche la somministrazione diretta dei farmaci all'atto della dimissione, per la prosecuzione domiciliare della terapia. In un primo momento si è applicato quanto previsto dall'art. 8 della legge n.405 del 16 Novembre 2001 'Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria' attivando la distribuzione del 1° Ciclo di terapia in dimissione. La distribuzione ha interessato in prima battuta i seguenti farmaci:

1. farmaci in dotazione ospedaliera (PTO)
2. farmaci assunti già durante il ricovero
3. farmaci prescrittibili con oneri a carico del S.S.N. (fascia A)
4. esclusi i farmaci in fascia H e fascia C.

In particolar modo, sono stati individuati i seguenti farmaci:

1. eparine a basso peso molecolare
2. antibiotici ad alto costo
3. inibitori di pompa in compresse
4. anti H2 in compresse.

La quantità deve coprire il 1° ciclo terapeutico per un periodo non inferiore a 7 gg e non superiore a 30 gg. Le confezioni sono allestite in confezione personalizzata, sigillate e consegnate al reparto.

L'ATTO AZIENDALE

Esperienza del Triveneto

G. Dal Pozzolo*, **V. Noventa****, **G. Marcato[^]**, **A. Brosolo^{^^}**

*Direzione Medica O. Bassano del Grappa, ULSS3; **Direzione Medica O. Mirano, ULSS 13;

[^]Direzione Medica O. Mestre, ULSS 12; ^{^^}Direzione Sanitaria ULSS 8.

Regione Veneto

I d.lgs. 502/92, nell'introdurre lo strumento dell'atto aziendale (art. 3, comma 1-bis), fa esso riferimenti molto puntuali, tali da far ipotizzare un documento di portata ampia ed analitica, che somma in sé componenti statutarie e regolamentari. L'atto aziendale non si deve limitare a fornire le linee generali dell'organizzazione e del funzionamento delle aziende sanitarie ed essere un elemento di rigidità istituzionale come era stato ribadito dalla relazione della commissione di lavoro su "Azienda: funzioni e mezzi", nell'ambito della 1^a Conferenza nazionale della sanità. Deve invece diventare uno strumento di autogoverno, con rilevanti implicazioni sia all'interno dell'azienda che all'esterno. L'atto aziendale deve, da un lato, rendere visibile, leggibile e comprensibile l'azienda sanitaria in modo che chiunque possa ottenere le informazioni necessarie per gestire al meglio e, dall'altro, rendere evidenti le linee organizzative aziendali.

Gli atti aziendali elaborati nel Triveneto si basano sulle linee guida che rispettivamente ogni regione (Veneto, Trentino Alto Adige con le Province autonome di Trento e Bolzano, Friuli Venezia Giulia) ha emanato per la loro compilazione. Nel Veneto le linee guida emanate con DGRV 3415/2002 hanno costituito una proposta di schema di atto aziendale e, pur rispettando l'autonomia gestionale delle aziende, hanno fornito indicazioni sugli elementi ritenuti caratterizzanti le

aziende sanitarie della Regione Veneto e su quelli che lo stesso d.lgs. 502/92 individua quali obbligatori dell'atto in argomento.

Nel Trentino (Provincia Autonoma di Trento) non è stato adottato uno specifico atto aziendale, ma è attivo uno strumento regolamentare, in applicazione alla legge provinciale n.10/93 e successive modificazioni ed integrazioni, che definisce comunque le principali strutture organizzative dell'Azienda Provinciale per i servizi sanitari, le linee guida per la successiva definizione delle modalità operative delle stesse strutture e le modalità di applicazione delle norme regolamentari.

Nell'Alto Adige (Provincia Autonoma di Bolzano) attualmente è stato deliberato un solo atto aziendale (31/01/2003) e precisamente quello dell'Azienda Sanitaria di Bolzano, definita in conformità con i principi e gli obiettivi contenuti nel piano sanitario provinciale e nella delibera di Giunta del 10/2002.

La Regione Friuli Venezia Giulia, in applicazione della normativa nazionale e regionale, e dei CC.CC.NN.LL., ha emanato un documento (DGR 834/20005) che elenca i principi e i criteri generali per la adozione dell'atto aziendale, ancora in fase di elaborazione nelle Aziende della Regione, allo scopo di fornire una linea di indirizzo sull'organizzazione e il funzionamento delle aziende sanitarie, con una più puntuale identificazione dei poteri di indirizzo e controllo da quelli di gestione finanziaria, tecnica ed

amministrativa.

Per quanto riguarda il Veneto, dall'analisi effettuata dei diversi atti aziendali predisposti dalle 21 aziende ULSS, focalizzando l'attenzione sull'organizzazione ospedaliera, si è provveduto ad analizzare in ogni azienda veneta la presenza della figura di un delegato alla funzione ospedaliera, del direttore sanitario ospedaliero e del direttore medico di presidio, l'esistenza o meno di un dipartimento di direzione ospedaliera, i rapporti della direzione ospedaliera con la direzione amministrativa ospedaliera e la direzione infermieristica, nonché la presenza di interazioni con gli altri direttori di dipartimento e l'autonomia nella gestione del budget.

Il confronto è stato interessante anche per quanto riguarda la terminologia usata dalle diverse aziende sanitarie che per identificare uno stesso ruolo usano nomi diversi come, ad esempio, il direttore sanitario di ospedale (o presidio) chiamato anche dirigente medico ospedaliero o direttore medico di ospedale, cui viene attribuito anche un livello dirigenziale diverso a seconda che ci sia o meno la presenza di più ospedali nella stessa azienda.

La figura di un delegato alla funzione ospedaliera è prevista nella maggior parte delle aziende ULSS e viene fatta quasi sempre coincidere con il Direttore Sanitario di ospedale.

Il Direttore sanitario di presidio risulta quasi sempre titolare di una Unità operativa complessa, mentre i dirigenti medici delle Direzioni ospedaliere, se nell'Azienda ci sono più ospedali, sono per lo più dirigenti di primo livello e, solo in alcuni casi, posti a capo di una Uni-

tà operativa semplice. Un Dipartimento dove ci sia la direzione ospedaliera figura in 5 aziende, nella cui costituzione entrano Unità Operative diverse: in una azienda, la Direzione medica ospedaliera entra a far parte di un dipartimento funzionale, non strutturale.

Nella maggior parte delle aziende esiste la Direzione amministrativa di ospedale con un rapporto di collaborazione con la Direzione medica e solo in 2 casi viene posta alle dipendenze del Direttore medico.

La Direzione Infermieristica afferisce al Direttore Sanitario di ULSS e, nella maggior parte degli atti aziendali, non vengono descritti i rapporti con la Direzione medica ospedaliera e dove vengono descritti si parla di semplice collaborazione ed in una sola azienda risponde funzionalmente al direttore medico.

Nella maggior parte degli atti non vengono descritti i rapporti della figura del direttore sanitario ospedaliero con gli altri direttori di dipartimento, altrimenti si parla di mera collaborazione.

In quasi tutte le aziende il direttore sanitario di presidio gestisce il budget ospedaliero e discute con i vari direttori di dipartimento il loro budget.

Nella Provincia Autonoma di Trento ed in Alto Adige la Direzione Medica Ospedaliera è una struttura complessa dell'ospedale e ad essa è preposto un dirigente medico della disciplina "Direzione Medica di Presidio Ospedaliero". In Provincia di Trento, nei presidi ospedalieri con minore complessità organizzativa che non dispongono di un direttore medico dedicato, la responsabilità delle attività igienico-sanitarie è affidata ad uno dei responsabili di Unità Operativa del Presidio, cui è garantito il supporto della Direzione di cura e riabilitazione che con protocolli operativi prevede l'organizzazione del sistema di erogazione dei servizi sanitari e gli strumenti di verifica della qualità, ivi compresi gli indirizzi

sulla gestione igienica dei presidi ospedalieri. Nel Friuli Venezia Giulia il Direttore Generale affida al Dirigente Medico ospedaliero, od al Dirigente amministrativo, la responsabilità gestionale dell'Ospedale e del relativo budget. Nelle Aziende ASS, in cui sono presenti più ospedali, le funzioni della Direzione Medica Ospedaliera possono essere accorpate ed in questo caso il modello dipartimentale costituisce lo strumento per gestire, in forma integrata, le funzioni omogenee presenti negli ospedali.

L'esperienza che se ne ricava è innanzi tutto quella di una varietà di situazioni che, comunque, possono essere accomunate da elementi molto simili tra di loro anche se a volte raffrontabili con qualche difficoltà, ma molto utili per una discussione nell'ambito della professione.

E' opportuno riconoscere che la varietà emersa può e deve essere considerata un valore positivo che trova riscontro e giustificazione nell'autonomia gestionale spettante ad ogni azienda sanitaria.

Pur, quindi, nella varietà dei modelli organizzativi e gestionali rilevati negli atti aziendali delle Regioni e Province autonome esaminate, un punto fondamentale è la necessità di definire in modo più preciso e puntuale non solo i ruoli e funzioni dei principali protagonisti del "governo clinico" nelle Aziende sanitarie ma soprattutto il sistema delle relazioni, delle autonomie e delle connesse responsabilità.

Se migliorato il grado di descrizione delle modalità organizzative e gestionali adottate da ogni azienda, se ne potrebbe ricavare un panorama di confronto molto assortito, dal quale cogliere ulteriori spunti di approfondimento.

Utile anche la messa a punto di uno strumento di confronto (benchmark) che aiuti nella lettura comparata dei vari documenti.

A tal proposito un importante e certamente autorevole ruolo è stato

svolto e continua ad essere svolto dall'ANMDO, non solo per quanto attiene alle funzioni dei Direttori Sanitari di Azienda e di Ospedale ma anche nel disegnare l'architettura dei luoghi di integrazione delle varie funzioni coinvolte nel funzionamento dell'Azienda.

Nel 1999 il Direttivo Nazionale dell'ANMDO, in un articolato documento, aveva identificato chiaramente i diversi ruoli e funzioni del Direttore Sanitario di Azienda e del Direttore Medico di Presidio Ospedaliero spesso confusi tra loro e in alcune regioni fatti coincidere nelle Aziende Ospedaliere.

Il documento, aggiornato nel 2003, e recentemente ripreso dal Direttivo Nazionale alla luce delle continue evoluzioni della normativa (es. governo aziendale, organizzazione dei Dipartimenti, Clinical Governance, la figura del coordinatore clinico, Technology Assessment ecc.) può rappresentare un importante strumento non solo per ridefinire il diverso ruolo tra D.S. di Azienda e Direttore sanitario di ospedale ed i rapporti che intercorrono con le altre funzioni (es. Responsabile del Servizio Infermieristico, Dirigente Amministrativo di sede ecc.) ma anche il sistema di relazioni e di integrazione operativa tra i vari ruoli e competenze.

In sintesi, dall'analisi degli atti aziendali del Triveneto, emerge, da un lato, la necessità di definire, in modo univoco, ruoli e funzioni dei principali attori aziendali e, dall'altro, di istituire un "Osservatorio" sugli Atti Aziendali presso ogni Assessorato alla Sanità con il compito di confrontare l'adesione e la coerenza dei singoli atti aziendali con i principi e i criteri generali contenute nelle linee guida regionali, monitorarne l'applicazione e i principali effetti, diffondere gli aspetti più significativi e, non da ultimo, proporre provvedimenti correttivi alla Giunta Regionale.

L'azienda Sanitaria Unica Regionale - Marche

G. Genga

P.O di zona territoriale 9 - Macerata

Il primo gennaio 2004 è stato avviato nelle Marche un importante ed articolato percorso di revisione del Servizio Sanitario Regionale, rispetto al precedente assetto di tipo "aziendalizzato", che si fondava per altro sulla presenza di tredici Aziende Sanitarie Territoriali e quattro Aziende Sanitarie Ospedaliere.

Fra i provvedimenti assunti, di particolare rilevanza è stata la costituzione di una Azienda Sanitaria Territoriale, l'ASUR, che ha fra l'altro ricompreso tutte le precedenti Aziende Territoriali, nonché la costituzione di una unica Azienda Ospedaliera ad Ancona, che ha ricompreso le ex Aziende Lancisi, Salese ed Umberto I°-Torrette, mentre è rimasta invariata l'Azienda Ospedaliera S.Salvatore di Pesaro.

Molteplici sono state le motivazioni che hanno portato il legislatore a rivedere l'assetto che si era consolidato fino al 2002, in una Regione per altro anch'essa caratterizzata nella storia recente, dal 1995 da quando era stato avviato il processo di aziendalizzazione, da una evidente difficoltà a perseguire l'obiettivo prioritario del sistema "azienda", ovvero il raggiungimento dell'equilibrio economico. Fra queste motivazioni, vanno annoverate:

- la difficoltà delle varie componenti del sistema, aziendali e professionali, di relazionarsi e confrontarsi fra di loro,
- l'insufficiente capacità di regolazione e di autoregolazione del servizio sanitario,
- il manifestarsi di una certa com-

petizione interna esasperata fra le varie Aziende Sanitarie,

- una sempre maggiore difficoltà a controllare la produzione di prestazioni sanitarie di varia tipologia sia ambulatoriale che di ricovero e quindi una persistente difficoltà a controllare i costi di produzione,
- la permanenza di una certa disomogeneità nella distribuzione territoriale di strutture sanitarie ed attività,
- la difficoltà di integrazione funzionale attorno ai bisogni di salute.

La riorganizzazione avviata del SSR nelle Marche nel 2004 ha tratto da un lato spunto nelle indicazioni del PSR 2003/2006 e dall'altro è stata dettata dalla Legge Regionale n. 13 del 2003. Infatti, già il PSR aveva indicato due elementi importanti di cui tenere conto nella organizzazione della rete dei servizi sanitari e delle reti cliniche in particolare, ovvero l'adozione del modello delle reti integrate, nonché, per l'alta specialità, del modello "ub and spoke". Con il primo si è inteso avviare e stimolare sempre più la ricerca della condivisione e della integrazione multiprofessionale nella definizione di indirizzi clinici riconosciuti, nella ricerca, applicazione e verifica di protocolli diagnostico terapeutici e di profili clinico assistenziali, mentre con il secondo modello si è inteso coinvolgere alcune alte specialità, presenti ed autorizzate solo nell'Ospedale Regionale, nella rete periferica, con l'attivazione di accordi per lo sviluppo di attività, in genere di rico-

vero, in alcuni Ospedali periferici. Ciò anche al fine di una maggiore diffusione sul territorio regionale delle alte competenze professionali possedute, in un contesto caratterizzato per altro ancora da una importante fuga di pazienti a livello extraregionale nelle stesse discipline.

La Legge Regionale n. 13 ha inteso più specificatamente ridefinire l'assetto complessivo del sistema sanitario, attraverso tre punti fondamentali: la costituzione di una Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), che ha assorbito tutte e tredici le precedenti Aziende Sanitarie Territoriali, trasformate ora in altrettante Zone Territoriali della ASUR non più dotate in prospettiva di personalità giuridica, la integrazione in una unica Azienda Sanitaria Ospedaliera ad Ancona delle tre precedenti Aziende Ospedaliere, nonché la istituzione a livello periferico e per ogni Zona Territoriale di Presidi Ospedalieri Unificati. Sempre a livello regionale, inoltre, nell'ambito dell'assetto di tipo dipartimentale che la Regione stessa aveva già assunto al proprio interno, sono stati preventivamente ridefiniti i ruoli, le attività e le responsabilità di due organismi fondamentali e strategici per il sistema, il Dipartimento dei Servizi alla Persona ed alla Comunità, di fatto l'organo tecnico propositivo dell'Assessorato alla Sanità, nel caso specifico anche attore primario nel percorso di definizione della Legge 13 e la Agenzia Sanitaria Regionale, organo di ricerca e supporto scientifico e consulenza.

Per altro, nel percorso di avvio dell'ASUR è stata anche prevista una fase transitoria, di durata sino al 31/12/2005, proprio al fine di facilitare la partenza del nuovo siste-

ma e propedeutica alla piena implementazione dello stesso. Questa fase iniziale è stata ed è caratterizzata da alcuni elementi, sempre individuati e definiti dalla Legge 13, fra i quali in particolare il mantenimento transitorio della personalità giuridica delle Zone Territoriali, nonché dalla definizione in dettaglio delle materie di prioritario interesse dell'ASUR sempre per la fase transitoria; inoltre, compito delle tre nuove Aziende Sanitarie è stato quello di adottare gli atti aziendali, nonché la successiva emanazione dei relativi regolamenti attuativi, sempre entro il 31 dicembre 2005. In dettaglio, le aree di competenza dell'ASUR così come sono state definite sono:

- a) l'acquisto di beni e servizi di importo superiore a centomila euro,
- b) gli appalti di opere pubbliche di importo superiore a cinquecentomila euro,
- c) la gestione del patrimonio immobiliare, con esclusione della manutenzione ordinaria,
- d) l'affidamento e la gestione della tesoreria unica,
- e) la gestione del sistema informativo,
- f) il controllo di gestione.

Per quanto riguarda l'atto aziendale adottato, lo stesso contiene degli aspetti ed elementi senza dubbio interessanti per quel che riguarda il ruolo, le attività e responsabilità delle Direzioni Mediche di Presidio; per altro questa definizione, che di seguito viene in sintesi esplicitata, è stata anche il risultato di un confronto sindacale serrato che si è condotto con il livello direzionale della Azienda, livello in vero assai sensibile rispetto al ruolo ed importanza delle stesse DMP. Dall'atto: "Il Direttore di Presidio Ospedaliero ... è responsabile del raggiungimento degli obiettivi igienico organizzativi e dell'uso razionale delle risorse assegnate al presidio in sede di negoziazione del budget con il Direttore di Zona. Il Direttore di PO assume, in particolare, funzioni e competenze:

- a) gestionali ed organizzative, finalizzate alla promozione dell'integrazione tra i diversi servizi ed al buon andamento operativo del presidio, adottando altresì misure necessarie alla rimozione dei disservizi che incidono sull'adeguatezza, sulla qualità e sulla sicurezza della assistenza, in rapporto con i dipartimenti e le unità operative; è inoltre responsabile delle funzioni di accettazione ospedaliera ordinaria, del coordinamento della programmazione operativa complessiva all'interno del presidio, della valutazione del prodotto e delle attività e partecipa alla negoziazione di budget;
- b) informative, finalizzate alla corretta gestione....;
- c) medico legali interne al presidio... .

A questo punto, occorre rilevare come sia il 2003 che il 2004 abbiano rappresentato per l'ASUR l'anno di avvio e di rodaggio; per altro, l'aver definito un periodo transitorio di autonomia delle Zone Territoriali, così come previsto dalla LR 13, come pure la chiara definizione delle competenze della neonata Azienda, ha rappresentato un elemento utile ad evitare che il processo di avvio e sviluppo del nuovo sistema producesse un ostacolo di per sé alla riorganizzazione dello stesso. Come prima considerazione, va detto che l'istituzione dell'ASUR ha, pur con l'autonomia gestionale mantenuta delle Zone Territoriali, cominciato a favorire l'integrazione/comunicazione tra professionisti e ridotto i riflessi "concorrenziali" interni al sistema, nonché creato un interlocutore unico del sistema delle Aziende Ospedaliere e delle strutture private accreditate, anche ai fini della definizione dei rapporti ed accordi di fornitura di prestazioni fra committenza e produzione. Si sono quindi già evidenziati anche effetti di una certa razionalizzazione, basti pensare al coordinamento di tutta l'attività di acquisto con l'avvio di gare su base di area vasta o

regionale (con conseguente prospettiva di recupero di risorse umane nell'area amministrativa e migliori risultati) e all'avvio dell'attività unificata di Controllo di Gestione; questa attività era già stata efficacemente sviluppata dal Dipartimento Servizi alla Persona ed alla Comunità e si è rivelata uno dei punti essenziali per una migliore conoscenza e diffusione di tutto il sistema regionale. Inoltre, il controllo di gestione centralizzato ha consentito di sviluppare delle più efficaci analisi comparative tra le Zone Territoriali in più settori, quale quello della gestione delle risorse umane.

Da segnalare poi il ruolo che nell'ASUR viene assegnato alla DMP in attuazione di indicazioni contenute nella LR 13/03, in un contesto di razionalizzazione della rete ospedaliera; in questo ambito, la costituzione dei Presidi Ospedalieri Unificati Zonali, che integrano le diverse strutture ospedaliere delle Zone in un unico presidio, ha costituito e dovrebbe costituire sempre più un elemento utile per perseguire la riconversione dei poli ospedalieri verso funzioni integrate con il territorio, in una realtà territoriale con ancora diverse situazioni da razionalizzare. Alla DMP, cui viene affidata come già detto la responsabilità del raggiungimento degli obiettivi igienico organizzativi e dell'uso razionale delle risorse assegnate in sede di budget, vengono a questo riguardo chiaramente riconosciute funzioni e responsabilità manageriali, di tipo gestionali ed organizzative.

Per quanto riguarda l'andamento economico del sistema, ad oggi è ancora prematuro poter affermare con certezza gli effetti che l'ASUR ha avuto e, soprattutto, avrà ai fini del perseguimento del relativo equilibrio; per altro, rispetto al 2002, quando il bilancio regionale aveva fatto registrare un saldo negativo di circa 160.000.000 di euro rispetto ad un bilancio generale di circa 2.500 milioni di euro, già nel 2004 questa cifra si era ridotta a circa

70.000 euro. Ma ciò è stato soprattutto il risultato non tanto dell'azione della ASUR, quanto l'effetto di una forte razionalizzazione del sistema condotta sotto la guida del Dipartimento, punto di riferimento fino ad oggi per le negoziazioni di budget e quindi per la definizione dei tetti di spesa compatibili per le varie Aziende.

La fase attuale è inoltre caratterizzata da alcuni elementi di criticità; infatti, il sistema, sicuramente complesso e necessitante di adeguato periodo temporale per il suo sviluppo e monitoraggio, è ancora lontano dal raggiungere un assetto consolidato. Al riguardo, non è stato sempre facile far partire e sviluppare i processi di condivisione ed integrazione, in un contesto caratterizzato anche, in una dimensione piuttosto tipica soprattutto del soggetto pubblico, da frequente autoreferenzialità di molte com-

ponenti del sistema stesso, poco abituate al confronto e relazione. Altro aspetto piuttosto evidente e che troppo spesso si è connotato in maniera critica, come elemento di freno allo sviluppo, è stato l'aver vissuto ed il vivere ancora, da parte di molti soggetti ed attori del sistema, la transitorietà come attesa e precarietà e questo non ha agevolato e non agevola senza dubbio tutti i processi di riorganizzazione. Sotto l'aspetto specificatamente sindacale di categoria, la revisione del sistema sanitario ha avuto inoltre dei riflessi indubbi sulle aspettative di sviluppo professionale e di carriera dei Dirigenti Medici già impegnati in ruoli di Direzione Sanitaria, Ospedaliera e/o Territoriale; basti dire che la riduzione del numero delle Aziende Sanitarie Regionali, dalle precedenti 17 alle attuali 3, ha eliminato 14 posizioni di Direttore Sanitario aziendale, figu-

ra il più delle volte ricoperta da Medici di provenienza dall'Igiene Pubblica, di Direzione Ospedaliera in particolare.

La possibilità di valutare l'efficacia quindi di tale riordino si baserà sulla capacità di perseguire gli obiettivi di razionalizzazione assai rilevanti; per altro il modello di riordino si deve necessariamente confrontare e sviluppare in un contesto ove inevitabilmente sono scattate difficoltà di accettazione da parte di varie componenti del sistema stesso, frequentemente restie a confrontarsi con le esigenze primarie di rimettersi in discussione ed accettare le sfide del cambiamento. E' questo probabilmente ad oggi l'elemento più critico del processo avviato, che avrà bisogno di ulteriori verifiche ed attento monitoraggio.



Vileda Swep System
L'innovativo sistema professionale dedicato alle strutture sanitarie

Vileda Swep-System è un sistema di pulizia pre-impiantato nato per soddisfare le esigenze del settore sanitario e studiato per garantire il miglior risultato in termini di pulizia, igiene, efficienza ed ergonomicità.

Grazie a Vileda Swep System otterrai risultati eccellenti, rispettando allo stesso tempo l'ambiente: le frange, in microfibra, necessitano di una ridotta quantità di soluzione detergente e garantiscono migliori performance.

Un team di esperti saprà indicarti il metodo più appropriato a seconda dell'area di applicazione (alta, medio o basso rischio) e saprà supportarti in ogni momento grazie alle proprie competenze e alla propria professionalità.

vileda
PROFESSIONAL

Helping you make a difference

IMP di R. Freudenberg s.r.l.
Divisione Professional - Viale Monza, 38 - 20127 Milano
Tel. 02 2666.1 - Fax 02 25821780

DOVE C'É IGIENE C'É PATENTVERWAG



Armadietti per spogliatoio in laminato HPL, ed alluminio anodizzato standard e su misura



Sedili Mod. Tre per sale d'aspetto



Piani lavello serie Selene



Porte in stratificato HPL, ed alluminio anodizzato



Porte divisoie per Box wc e docce in laminato HPL, acciaio inox ed alluminio anodizzato

Gli elementi di arredo Patentverwag per strutture ospedaliere sono garantiti dieci anni ma durano praticamente per sempre. Il motivo?

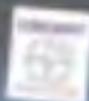
Sono realizzati con estrema cura con materiali inossidabili di elevatissima qualità. Sono lavabili, disinfettabili e costruiti nel rispetto delle normative vigenti. Disponibili in un'altissima gamma di forme e di colori sono anche realizzati su misura e personalizzati.

Tutto ciò non è il frutto del caso. Patentverwag è da vent'anni leader nella produzione di attrezzature per il settore pubblico e sportivo.



**PATENTVERWAG
ITALIA**

Il successo della qualità.



La valutazione della qualità dell'assistenza

A.M. Mucci°, **M. Galante°**, **R. Florio°**, **T. Morelli***, **A.M. Abbonizio°**, **M. Cianfrone°**

° Direzione Sanitaria Ospedali ASL Lanciano-Vasto

*Scuola Specializzazione in Igiene e medicina preventiva - Università Chieti

Nel preparare questo intervento sulla qualità assieme ai miei collaboratori, ci siamo confrontati con innumerevoli definizioni della qualità, in generale ed applicata alla sanità in particolare, abbiamo ripercorso il cammino graduale del concetto di qualità soprattutto nell'ultima parte del secolo, abbiamo discusso di approcci metodologici e di modelli per la sua valutazione e questo ci ha portato ad alcune riflessioni.

Perché si parla da sempre di qualità?

Perché la discussione è divenuta negli ultimi anni tanto animata e quasi esasperata?

Perché si parla da sempre di qualità?

La Qualità è una caratteristica dell'essere che, se reperibile su un bene o servizio, porta utilità e vantaggio alla vita quotidiana delle persone.

Infatti, il termine Qualità nella nostra lingua si presenta con due accezioni: una di semplice attributo dell'essere/oggetto (accezione neutrale) e l'altra intesa come valore aggiunto o pregio (accezione positiva).

Fra i grandi teorici della Qualità del passato, un posto di primo piano spetta indiscutibilmente ai filosofi. Aristotele è il primo a formalizzare nel suo pensiero la Qualità come genere sommo, o massimo attributo dell'essere.

Secondo Aristotele infatti qualsiasi

si essere, o oggetto, è ontologicamente -definito -pensabile -descrivibile attraverso 10 categorie o generi sommi delle quali la Qualità è comunque seconda per rilevanza, in quanto modalità dell'essere che non può prescindere dalla Sostanza, prima categoria, la più importante, ciò di cui è fondamentalmente costituito un essere o oggetto, la sua natura più schietta, la sua essenza.

Ogni individuo ha per questo una propria idea personale decisamente chiara della qualità: è semplice per noi intuire cosa ci piace e cosa no, e purtuttavia la sensazione soggettiva è difficile da trasformare in forma scientificamente e oggettivamente misurabile.

Il solo giudizio individuale risultava sufficiente a misurare la qualità quando la produzione aveva carattere individuale e la stima del valore del prodotto era effettuata in una condizione di passaggio di informazione tra poche persone.

Nelle botteghe artigiane, per fare un riferimento storico, l'artigiano curava personalmente l'intero processo di produzione, dalla richiesta di mercato alla progettazione e alla vendita del "suo" prodotto, potendo direttamente e costantemente valutarne l'accuratezza della lavorazione insieme alla soddisfazione dei clienti.

Il metodo dell'accertamento personale era a quell'epoca, oltre che possibile, decisamente efficace tanto che ancora oggi l'espressione 'prodotto artigianale' assume spes-

so una connotazione di alta qualità. Con l'introduzione delle nuove tecnologie e l'utilizzo di pesantissime e costosissime macchine fu necessario concentrare il lavoro in postazioni precise e ripartire i compiti tra più lavoratori che avevano scarsa percezione del motivo e dell'obiettivo del loro operare e impossibile valutazione del risultato del processo produttivo.

La necessità di una Qualità "misurabile" nasce quindi in tale periodo storico e diventa "obiettivo" di vantaggio con l'affermarsi del fenomeno della concorrenza basata sulle scelte operate da cittadini sempre più determinati e capaci di esprimere i propri bisogni e desideri.

Con l'evolversi della società e la circolazione delle idee su larga scala, è divenuta sempre più netta l'esigenza non solo di prodotti ma anche di "servizi" qualitativamente rispondenti alle aspettative. Oggi, tale bisogno viene ancor più incentivato nella popolazione dall'ormai imperante modello del welfare state occidentale affermatosi nel XX secolo.

Arriviamo dunque alla seconda domanda: perché oggi la discussione sulla qualità è divenuta così animata e quasi esasperata, specie nell'erogazione di "servizi"?

Il concetto di Qualità assume dimensioni certamente diverse e più articolate nel settore dei "servizi" in quanto c'è una notevole differenza tra la produzione di un bene e l'erogazione di un servizio, ancor più se relativo ad attività sanitarie. Il "servizio" ha caratteristiche molto diverse da quelle del semplice "prodotto" e può essere identificato in una *relazione bidirezionale* basata su uno scambio che non è solo economico ma soprattutto in-

Il "servizio" può identificarsi come
"relazione bidirezionale"

*relazione di interdipendenza che richiede
una reciproca soddisfazione*

- l'erogazione del servizio è il momento della verità
- la sua valutazione è indubbiamente complessa

Principio morale dei "limiti"

consente l'equità della distribuzione del

*servizio secondo criteri di
razionalizzazione*

e appropriatezza

formativo ed emotivo, relazione di interdipendenza assai complessa che richiede una reciproca soddisfazione.

Nel momento in cui il servizio viene erogato, in quel preciso istante che è 'il momento della verità', devono essere soddisfatte le attese del cliente, se non addirittura superate.

La peculiarità di "immaterialità" che è presente in una prestazione di servizio rende però indubbiamente complessa anche la sua valutazione.

E da questa peculiarità derivano alcune conseguenze significative, soprattutto per la prestazione sanitaria, e cioè:

- la valutazione della capacità di un servizio sanitario di soddisfare le esigenze del paziente è possibile effettuarla solo al momento della sua erogazione, quando oramai è impossibile correggere eventuali "difetti" senza che il paziente ne percepisca il disagio;
- la capacità progettuale dell'organizzazione nel prevenire le

possibilità di errore e, al tempo stesso, la professionalità, sensibilità e disponibilità al contatto umano degli operatori sanitari sono componenti fortemente determinanti il risultato della valutazione da parte del paziente;

- il paziente con il suo comportamento può influenzare la qualità del servizio reso e pertanto, il suo contributo ai fini del miglioramento del servizio diviene fondamentale.

In una organizzazione come quella sanitaria, erogatrice di servizi, il momento della verità è dunque quello dell'incontro operatore-utilizzatore: tutte le azioni tendenti alla Qualità, l'azienda le ha potute mettere in atto prima o potrà farlo dopo per eventuali adeguamenti, ma nulla potrà fare in quel preciso momento.

E allora con QUALE utilizzatore si confronta e di QUALE operatore ha bisogno l'organizzazione?

Premesso, come abbiamo detto, che la Qualità è un valore innato ed è quindi nei desideri e nelle aspettative di ognuno, oggi, in un'epoca che possiamo definire già post-industriale, l'utente

- chiede servizi affidabili e intende il termine nella accezione di "perfettamente rispondente ai bisogni e senza

possibilità di errori"

- introduce il concetto di estetica accanto a quello di funzione;
- ragiona per simboli, simboli di benessere, fondamentali per manifestare uno stato sociale e per affermare una precisa identità;
- inquadra anche la malattia nel sistema di globalizzazione e destrutturazione spazio-temporale (non vi sono più confini per ottenere informazioni, per conoscere diversi stili di vita o modelli di società)
- e opera continuamente un confronto tra sistemi e sceglie quello percepito come migliore perché il cittadino oggi più di prima impegna il suo tempo, i suoi valori nella società e ne vuole di ritorno un sistema qualitativamente all'altezza.

Certo, nel guidare le scelte, c'è anche tanta responsabilità di noi professionisti quando, assecondando logiche di mercato, pubblicamente enfatizziamo possibilità e risultati della scienza medica trasformandola in un rimedio onnipotente ed esente da limiti ed errori, creando così negli utenti aspettative non realistiche e false speranze.

O ancora quando non sappiamo sapientemente governare la velocità inarrestabile alla quale procedono le tecnologie e la conseguente rapida obsolescenza di macchine e tecniche che di certo incide negativamente sui bilanci economici e non solo, ingenerando un cir-

La Qualità

*della fruibilità del sistema e
delle procedure di erogazione*

- è facilmente misurabile e controllabile
- è riferibile a modelli e standard

colo vizioso di rincorsa ad una ipotetica prestazione di qualità.

Mentre invece sarebbe opportuno che sulla potenzialità e sostenibilità del sistema delle cure, sulla disponibilità delle risorse materiali, tecniche e umane, l'utente venisse proprio da noi professionisti chiamato a riflettere e responsabilizzato in un'ottica che sappia riconoscere nell'individuazione di "limiti" un 'principio morale' che consente l'equità della distribuzione del servizio secondo criteri di razionalizzazione e di appropriatezza.

In altre parole riteniamo giusto che il cittadino sia educato/sensibilizzato a non esigere ciò che il sistema sanitario oggettivamente non può permettersi.

Perché oltre alla valutazione della Qualità in termini di *fruibilità del sistema*, che appare senz'altro più facilmente misurabile e controllabile, oggettivamente e scientificamente, e che può essere riferibile a modelli e standard, esiste un'altra dimensione della Qualità che, pur nella difficoltà di essere misurata ha le potenzialità per soddisfare appieno le aspettative di ogni utente e di raggiungere considerevoli risultati: è *la qualità dell'uomo*.

Al di là dello stato e della disponibilità delle strutture e delle apparecchiature, del sistema delle regole e delle procedure, l'unico strumento che può reggere davvero la complessità della qualità della prestazione sanitaria è l'uomo.

L'uomo con la sua "conoscenza", il suo bagaglio culturale e di esperienza, quello che sa, quello che sa fare, quello che sa trasmettere e quello che sa scambiare.

Premesso che nessun individuo,

almeno spero, può proporsi come obiettivo del proprio operato un risultato di 'non qualità', si è purtroppo costretti a constatare che, passando dalla teoria al piano pratico, la Qualità del proprio operato viene a volte subordinata ad altri svariati interessi. E quindi, poiché la Qualità anche nelle attività sanitarie può essere influenzata da fattori estranei agli interessi esclusivi dei pazienti, chi opera nella sanità, da chi governa le scelte a chi si confronta direttamente con il malato, non può essere privo di forti valori di riferimento. Non c'è una ricetta, una formula esatta per garantire un 'servizio' e una 'qualità del servizio'. Questo è sempre il risultato di un *modello*, che è proponibile, e del modo, personale, in cui lo stesso viene applicato.

L'interpretazione del *modello del servizio* è quindi diversa, a seconda dell'operatore, che esprime in quel ruolo la sua professionalità e la sua discrezionalità: professionalità in termini di conoscenza e pratica, organizzativa/medica/infermieristica, mentre nella discrezionalità riflette il suo stile, la sua storia, i suoi valori, il suo essere,

lutazione e l'ottenimento della qualità, che non servano i modelli e le procedure. Anzi devo dire che chiunque di noi abbia fatto esperienza con un sistema di accreditamento o certificazione ha sicuramente apprezzato la funzione di guida che gli stessi esprimono.

Il ripercorrere in maniera accurata e precisa i passaggi di ogni situazione per la quale fino a quel momento ci siamo affidati ad una conoscenza pratica ci permette di superare lo svantaggio che deriva dall'operare per consuetudine, dalla routine, dal presupporre di sapere. Altro vantaggio dell'applicazione dei metodi scientifici e dei modelli è quello di poter indirizzare e controllare le attività di routine in un tempo molto più ridotto recuperandolo per dedicarlo alla gestione anche creativa della qualità. Perché è giusto conoscere e selezionare modelli di gestione della qualità scegliendo quelli più adatti alle attività della nostra organizzazione, ma dopo la conoscenza e selezione del modello dobbiamo, allo stesso modo, poter affermare di avere la giusta conoscenza anche delle persone a cui li affidiamo.

cambia la società



cambiano le organizzazioni

che può aggiungere o sottrarre valore alla professionalità.

Sempre più la Qualità fornita in una attività sanitaria è fondamentalmente il risultato del modo in cui operano le persone.

E ALLORA?

Questo non significa che il metodo scientifico non serva per la va-

Il cambiamento della società esprime come già detto un cambiamento delle persone che hanno e manifestano maggiore bisogno di soddisfazione e benessere.

E le persone vanno a comporre sia l'insieme di coloro che ricevono la prestazione sia di coloro che la effettuano.

E poiché è essenziale il ruolo dell'operatore nella perfetta applica-

L'UOMO è l'unico strumento che può reggere davvero la complessità

La Qualità dell'Uomo

è difficile da misurare ma ha in sé la potenzialità per soddisfare appieno le aspettative di ogni utente e di raggiungere considerevoli risultati

La Qualità del "Servizio" è risultato di

MODELLO strumento

MODO personalità

Nel MODO si esprime

Professionalità e Discrezionalità

zione del modello, il Direttore Sanitario Ospedaliero, che ha di certo un ruolo strategico nel sistema della Qualità, deve essere formato all'analisi, professionale ed umana, delle persone che concorrono con lui nel raggiungimento degli obiettivi di qualità.

Deve assicurarsi che gli operatori abbiano la conoscenza del "fare" e la coscienza dell'"imparare", ed ancora l'entusiasmo e la motivazione del "realizzare".

In una organizzazione dove è in ogni caso ancora necessario mantenere un sistema di regole, non deve però concentrarsi esclusivamente sull'esecuzione di compiti organizzativi trascurando la esigenza di soddisfazione dei bisogni umani e deve favorire la crescita delle autonomie e delle responsabilità di agire, pur entro limiti definiti.

E' stato evidenziato, parlando del suo ruolo in questo congresso, come egli debba saper esprimere doti di psicologia e sociologia oltre che di riferimento educativo e formativo.

Solo in questa veste potrà riuscire a far emergere il meglio dalle potenzialità di ogni suo collaboratore, andando anche oltre il modello dell'adesione e consenso, impegnandosi a proporre la ricerca del "senso" delle cose e delle azioni, in modo tale che ognuno diventi veramente nodo fondamentale nella rete del sistema della Qualità.

Un lavoratore felice sarà sempre un lavoratore produttivo.

Fondamentale in questo sistema della qualità è pertanto la motivazione dei collaboratori che non si traduce nella sola soddisfazione economica ma che richiede di più:

richiede rispetto, valorizzazione, riconoscimento dei meriti, modelli organizzativi di distribuzione dei compiti e delle responsabilità decisionali che moltiplichino le possibilità di esercitare quote di autorevolezza e quindi di godere di prestigio anche a livelli inferiori. Il Direttore, pertanto, oltre ad avere la responsabilità dell'adempimento delle azioni ha anche e soprattutto il compito e la necessità di far crescere le persone.

I modelli sono una guida, l'interpretazione dei modelli è il risultato.

La differenza tra il fallimento ed il successo di una organizzazione può, in ultima analisi, essere individuata nella qualità delle persone che in essa operano.



Il marchio "Linea Flesh" garantisce la qualità e la cura con cui ogni prodotto è stato studiato specificatamente per il suo settore d'impiego. Consegne rapide, accurate ed una assistenza costante completano inoltre il nostro servizio, rivolto sempre di più ad una clientela che fa del pulito la propria immagine di efficienza e serietà.

LINEA FLESH s.r.l. - Via della Concia, 10 - 36071 ARZIGNANO (VI)

MADE IN ITALY

Tel. 0444 672544 r.a. - Fax 0444 672657 - <http://www.lineaflesh.com> - E-mail: info@lineaflesh.com



SAKKO

Mod. Sakko

Struttura in acciaio inox 304/AISI, tubo Ø 22 mm spessore 1,5 mm con ruote girevoli in acciaio inox, con porta sacco.

Mod. da 75 L

Ingombro: altezza cm 85 / profondità cm 71 larghezza cm 50.

Mod. da 120 L

Ingombro: altezza cm 95 / profondità cm 80 larghezza cm 60.

Questi modelli possono (a richiesta) essere forniti con coperchio a pedale.



BOING

Mod. Boing

Cerchio per rifiuti costruito in lamiera di acciaio inox 18/10 dotato di coperchio comandato da pedaliera ed anta frontale per l'estrazione del sacco pieno. Montato su ruote per lo spostamento, è studiato per risolvere le problematiche del rifiuto delle industrie alimentari come previsto dalle norme igienico sanitarie.

Mod. da 60 L

Dimensioni mm 475x420x60

Mod. da 110 L

Dimensioni mm 475x420x87

JUMBO

Mod. Jumbo

Struttura in acciaio Ø 22 mm spessore 1,5 mm

Montato su due ruote girevoli e due tappi a su quattro ruote.

Coperchio in acciaio inox 304/AISI.

Ingombro: altezza cm 90

profondità cm 48

larghezza cm 54.



CONCORDE

Mod. Concorde

Cerchio tubolare "Concorde" in acciaio inox 304/AISI con comando a pedale. Facilmente lavabile e disinfettabile.

Mod. da 75 L

Ingombro: altezza cm 91 / larghezza cm 48 profondità cm 57.

Ruote Ø 100 - Tubo Ø 25x1,5

Mod. da 120 L

Ingombro: altezza cm 105 / larghezza cm 54 profondità cm 60.

Ruote Ø 100 - Tubo Ø 25x1,5



Ruolo del direttore sanitario d'ospedale

C. Di Falco* - G Sticca°

* Direttore sanitario - Centro di ricerca e formazione ad alta tecnologia nelle scienze biomediche - Università Cattolica del Sacro Cuore - Campobasso

° Vice direttore sanitario - Centro di ricerca e formazione ad alta tecnologia nelle scienze biomediche - Università Cattolica del Sacro Cuore - Campobasso

PREMESSA

Nell'affrontare il tema del ruolo del Direttore Sanitario d'Ospedale, non ci si addenterà nella elencazione dei compiti e delle mansioni di questa figura professionale, pur importanti e degni di approfondimenti, ma si affronterà tale argomento nel senso valoriale del termine, per le ricadute strategiche e di politica sanitaria che ne possono derivare, proponendo riflessioni, analisi concettuali e proposte operative.

LE RADICI

È, senz'altro, possibile affermare che la figura del Direttore Sanitario, in Italia, nasce con l'istituzione dell'Ospedale nel momento in cui quest'ultimo assume la sua particolare fisionomia di complessità strutturale e funzionale. È, altresì, difficile capire se tale figura si sia sviluppata per una primitiva esigenza di garantire le dovute condizioni di igiene e, quindi, di prevenzione delle malattie infettive in seno agli ospedali o se sia stata preponderante, rispetto a quest'ultima, la necessità di individuare una figura professionale sanitaria in grado di riuscire a "governare" quella evidente complessità progressivamente crescente all'interno degli ospedali. In realtà, gli aspetti igienistici di tale professione da sempre hanno assunto una collocazione stra-

tegica di tipo trasversale nell'ambito delle funzioni proprie di ciascuna disciplina sia medica che chirurgica andando a coinvolgere, su questo specifico terreno, indistintamente tutti gli operatori sanitari. Ne consegue che se gli aspetti assistenziali possono essere, entro certi limiti, gestiti in una piena autonomia ed indipendenza professionale, non possono, comunque, prescindere da una serie di norme comuni, condivise, regolamentate e controllate che comportano, in ultima analisi, la garanzia costante dell'igiene ospedaliera (sotto forma di sicurezza e qualità di tutti gli aspetti collegati alle attività degli operatori ed al percorso del malato all'interno della struttura). Da ciò ne deriva che le due funzioni, igienistica ed organizzativa (e, quindi, di governo clinico) si sono evolute di pari passo, essendo l'una il completamento dell'altra.

LE INTERFERENZE

C'è da dire, però, che non sempre è stato così; infatti, la storia anche recente ci dimostra come tale figura abbia subito nel tempo vari e continui rimaneggiamenti, fino quasi a scomparire in alcune realtà regionali, subendo tutte le vicende di riforma del settore sanitario, dimostrando di essere l'unica disciplina sanitaria costretta a seguire, suo malgrado, le sorti

dei politici di turno e della politica del momento. Prova ne è che, mentre per le altre discipline mediche e chirurgiche l'evoluzione delle conoscenze e dei rispettivi ruoli provengono dallo sviluppo della ricerca scientifica di settore che cresce e si apprende, in ultima analisi, con la partecipazione ed impegno volontario dei singoli professionisti, per questa nostra disciplina la relativa evoluzione è stata sempre cadenzata e caratterizzata anche da specifiche norme di legge che, il più delle volte, sono risultate essere alquanto avulse dalla realtà professionale e lavorativa di tale categoria di specialisti i quali, però, non sempre hanno disdegnato questa alquanto originale prerogativa di particolare vicinanza al potere politico di turno. D'altra parte, tale speciale aspetto ci porta anche alla riflessione che trattasi di una disciplina il cui interesse e la cui importanza travalica i confini strettamente professionali e scientifici per assumere vero valore strategico all'interno della pianificazione e programmazione sanitaria in campo nazionale. Tali premesse risultano necessarie per meglio capire quali e quanti fattori hanno concorso nel determinare lo stato di evidente crisi di idee e di identificazione che apparentemente caratterizza, oggi, la figura ed il ruolo del Direttore Sanitario. Oltre ai precedenti aspetti estrinseci ne esistono, infatti, anche diversi di tipo intrinseco alla categoria, tra i quali risultava, fino a ieri, la polivalenza delle mansioni che in diverse occasioni andava a sconfinare anche nelle competenze amministrative. Non da meno ha certamente influito negativamente il disprezzato e *trans-*

eundo potere di vigilanza e disciplinare che il Direttore Sanitario, seppure *primus inter pares*, svolgeva nella pregressa normativa che, di fatto, lo ha allontanato progressivamente dal più pertinente controllo del governo clinico, fino a farne fortemente sbiadire la qualifica di laureato, specialista, in Medicina.

LA FORMAZIONE

A questo proposito, risulta alquanto originale ed interessante l'osservazione che mentre per le altre discipline specialistiche le relative Scuole di Specializzazione non lasciano dubbi sui relativi indirizzi didattici e formativi (l'Ortopedico ha la sua Scuola di Specializzazione in Ortopedia, il Cardiologo quella di Cardiologia, ecc.) il Direttore Sanitario è l'unica figura specialistica a non avere una Scuola di Specializzazione direttamente conforme a tale titolo (non esiste, infatti, la Specializzazione in Direzione Sanitaria), mentre si assiste ad un proliferare, oserei dire selvaggio, di corsi di formazione in management sanitario che, se da un lato interpretano l'apprezzabile sforzo all'interno di tutta la classe medica di favorire la cultura dell'efficienza nell'uso delle risorse, dall'altra, andando inevitabilmente a calpestare competenze tipiche della Direzione Sanitaria, contribuiscono a favorire un evidente clima di confusione nei ruoli, nelle competenze e nelle responsabilità di ciascun operatore della sanità.

LE LEGGI

E, purtroppo, c'è da segnalare che, come precedentemente detto, anche il legislatore di turno ha contribuito non poco a favorire tale incertezza di ruolo, soprattutto quando, con un elegante tocco di bacchetta magica (D.L.vo 502 e 517/'92-'93), ha creato dal nulla la nuova figura di Direttore Sanitario, quello aziendale, che pur attribuendogli competenze "organizzative ed igienico-sanitarie" (art. 3 - comma 7), non ne ha previsto i relativi requisiti (specializzazione in Igiene, esperienza professionale maturata in Direzione di Presidi, di Distretti o di Dipartimenti), per non parlare dell'incubo, vissuto fino a poco tempo fa, per la minacciata istituzione della figura del Coordinatore Clinico.

CHI SIAMO

A questo punto ci si pone impegnativa una domanda: ma allora dobbiamo ancora andare alla ricerca di questa nuova figura di "igienista e gestore, di direttore e manager, di esperto in modelli organizzativi ed economici", continuando a dare spazio alla nostra italica fantasia? Dobbiamo ancora continuare a difenderci con le unghia e con i denti questo nostro spazio professionale, subendo di volta in volta crisi di identità ed attacchi da parte di chi già da tempo ha perso la sua? Le leggi possono trasformare gli uomini e la società, imponendo scelte organizzative e comportamen-

ti adeguati e consequenziali ma, certamente, non può determinare, con particolari automatismi virtuosi, le conoscenze, le professionalità, le capacità di ciascun operatore, tanto più in campo medico.

Trasformare per legge tutti i medici in dirigenti è stata una scelta mirata per favorire quel salto di qualità che ha portato il professionista dipendente ad essere particolarmente responsabilizzato sul controllo della spesa e sulla corretta gestione delle risorse; trasformare tutti i Primari in "manager" può certamente rappresentare un obiettivo (anche se alquanto discutibile) a cui tendere, ma pensare di disporre per questo di un elevato ed indiscriminato numero di gestori della sanità appare, sicuramente, troppo fantasioso e costoso in termini temporali, umani e di risultati. E, per favore, smettiamola una volta per tutte di pensare di utilizzare Primari stanchi e demotivati o, peggio, rampanti ed aggressivi come Direttori Sanitari; d'altra parte, credo che a nessuno verrebbe in mente di utilizzare Direttori Sanitari al posto di Primari Chirurghi od Ortopedici.

LE PECULIARITÀ

Non può e non deve sfuggire, infatti, che il dedicarsi in modo serio agli aspetti gestionali ed organizzativi nell'ambito della propria attività clinica di un Primario, soprattutto se calato "forzosamente" in una realtà Dipartimentale, comporta l'assorbimento di circa il 70% di tutto il tempo a disposizione; rapporti diversi non sono compatibili con un vero lavoro gestionale ma con qualcosa di alquanto approssimativo. Pertanto, non può, onestamente, risultare conveniente per un'Azienda Sanitaria e per lo Stato intero disimpegnare bravi clinici, che hanno da sempre investito le proprie ed aziendali risorse per approfondire e migliorare le cono-

DOBBIAMO ANCORA CONTINUARE A DIFENDERCI CON LE UNGHIA E CON I DENTI QUESTO NOSTRO SPAZIO PROFESSIONALE, SUBENDO DI VOLTA IN VOLTA CRISI DI IDENTITÀ ED ATTACCHI DA PARTE DI CHI GIÀ DA TEMPO HA PERSO LA SUA?

scienze professionali nella disciplina di appartenenza, per compiti non strettamente "clinici", senza pensare, poi, a quali sarebbero i costi ed i risultati di una simile scelta. Alla luce di tali considerazioni, quindi, bisogna che tutti gli operatori della Sanità siano convinti che risulta ormai conclusa o giunta a maturazione quella fase di aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale che richiedeva una generalizzata e, fors'anche, generica offerta di cultura organizzativa e manageriale che coinvolgesse in modo trasversale tutte le figure professionali coinvolte, a vario titolo, nel campo sanitario (dirigenza medica, infermieristica, amministrativa, tecnica, ecc.) che contraddistinguono e caratterizzano i differenti livelli di governo dell'Ospedale. È ormai giunto il momento che il management all'interno degli Ospedali sia ricondotto essenzialmente al Governo Clinico ed al Governo Assistenziale, laddove il governo complessivo dell'Ospedale faccia riferimento ad un unico sistema di integrazione, di coordinamento ed orientamento ben visibile e strutturato, rappresentato dalla sua Direzione Sanitaria, la quale, con le sue specifiche, esclusive e peculiari competenze, rappresenta il momento fondamentale per operare quel dialogo e raccordo tra il sapere manageriale e quello medico ed infermieristico che appaiono decisivi per un ulteriore e reale sviluppo del nostro Servizio Sanitario Nazionale. Il Direttore Sanitario d'Ospedale, quindi, viene ad essere il crocevia e l'integratore di molti saperi, di molte conoscenze, di molte culture, di molte conoscenze tra loro separati e spesso discordanti che hanno nell'Ospedale il loro luogo d'incontro. Il curriculum del Direttore Sanitario d'Ospedale è l'unico a comprendere una formazione di base, una specializzazione di settore, lunghi anni di esperienza sul campo ed un aggiornamento specifico continuo e costante che assi-

curano l'acquisizione di conoscenze, di tecniche, di capacità e di competenze all'interno di un "unico" sapere, quello, appunto del Direttore Sanitario. I Medici delle Direzioni Sanitarie sono, infatti, gli unici tra tutti gli altri professionisti della Sanità che si sono occupati da sempre solo di organizzazione e che per tale motivo hanno già operato una scelta di carriera. Il loro operato, per impostazione professionale, risulta essere l'unico, all'interno dell'intero Ospedale, a perseguire obiettivi comuni a tutta la struttura; sono abituati al confronto ed al lavoro di gruppo anche interdisciplinare e multidisciplinare; non hanno mai ricercato seriamente la libera-professione, anche per le caratteristiche stesse di tale disciplina, identificandosi da sempre con l'istituzione. Tutto ciò fa del Direttore Sanitario un professionista unico ed esclusivo che tutti gli altri Paesi ci invidiano e che, è bene ricordare, già esiste, non bisogna inventare niente di nuovo!!

LE PROPOSTE

1. INTERVENTO DI CARATTERE ISTITUZIONALE

Il Direttore Sanitario di Ospedale deve identificarsi con l'Ospedale; questo significa che prima ancora di dare un ruolo al Direttore Sanitario bisogna che ce l'abbia l'Ospedale. In questo senso l'ANMDO deve svolgere un ruolo propositivo, intervenendo in quella che è la programmazione sanitaria regionale, favorendo una rivisitazione dell'architettura della rete ospedaliera regionale per assegnare un ruolo organico ed integrato ad ogni singolo ospedale, in un'ottica federalista (solidaristica e sussidiaria). Non è possibile, inoltre, difendere ancora ospedali fatiscenti non solo dal punto di vista strutturale ma anche organizzativo e funzionale che hanno il solo compito di garantire gli stipendi a chi vi lavora, svilendo di

fatto la loro professionalità ed esporre a gravi rischi i pazienti e loro stessi.

2. INTERVENTO DI CARATTERE LEGISLATIVO

In quest'ottica andrebbe rivisitato il D.P.R. 14/01/1997 sull'accreditamento istituzionale, contemplando come momento essenziale la presenza obbligatoria per ogni ospedale di una Direzione Sanitaria con relativo organico, affidando al Direttore Sanitario la responsabilità gestionale dell'Ospedale e prevedendo la piena attribuzione a quest'ultimo dell' "autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio delle USL", così come previsto dal D.Lgs. 502/517. Ancora non bisogna più tollerare situazioni che vedono più Ospedali "accorpati" dove un solo Direttore Sanitario svolge le Sue funzioni a scavalco su tutti, venendo di fatto ad istituzionalizzare la figura del Direttore Sanitario parafulmine. Questo significa rivisitare anche il D.Lgs. 502 e 517 laddove, all'art. 4, punto 9, prevede espressamente l'accorpamento, ai fini funzionali, di più Ospedali all'interno di un'unica ASL.

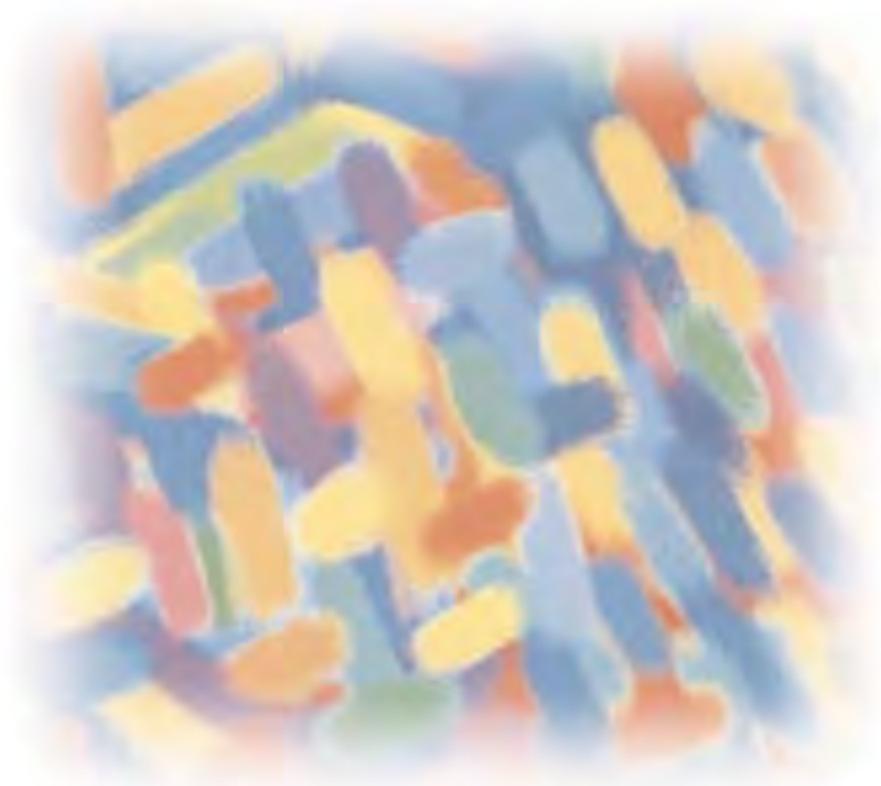
3. INTERVENTO DI CARATTERE DIDATTICO-FORMATIVO

C'è bisogno di acquisire maggiore visibilità della nostra professione a partire dall'insegnamento durante i sei anni di laurea in medicina; la Società di Igiene, attraverso gli Istituti Universitari può svolgere questo ruolo proponendo un percorso formativo in "Direzione Sanitaria" all'interno del programma di Igiene e quello più specifico all'interno del Corso di Specializzazione, rendendolo, infine, requisito cardine per l'accesso alla carriera di Direttore Sanitario di Ospedale e di Territorio e, quindi, (se si uniscono i due percorsi) di ASL.



PADANA EVEREST

detergenza tessile



Noleggio Biancheria

Noleggio Abiti Sanitari

**Noleggio set sterili per uso chirurgico in tessuti
"tecnici riutilizzabili" CE 0434**

**Gestione Guardaroba-Raccolta
e distribuzione biancheria**

Disinfezione

Sterilizzazione

Noleggio materassi e guanciali



Sorveglianza dei casi di polmonite in pazienti ricoverati in 6 unità operative dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola Malpighi

Riassunto

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi ha aderito allo studio di sorveglianza delle polmoniti in pazienti ricoverati in 6 Unità Operative in collaborazione con altre 5 strutture ospedaliere italiane nell'ambito del progetto multicentrico di sorveglianza attiva di polmoniti da Legionella. Lo scopo era quello di definire la distribuzione per origine (comunitaria o nosocomiale), eziologia, caratteristiche individuali dei pazienti colpiti dall'infezione e di confrontarle con le polmoniti da Legionella spp. In questo articolo vengono descritti i risultati della ricerca durata 18 mesi.

Summary

The S.Orsola-Malpighi General Hospital of Bologna has joined the study of surveillance of the pneumonias in patients of 6 wards in collaboration with other 5 Italian hospitals worker in the within of the multicentric plan of active surveillance of Legionella's pneumonias. The aim was to define the distribution for origin (community-acquired or nosocomial), aetiology, characteristics of patients hit by the infection and to confront them with the Legionella's pneumonias. In this article we describe the search outcome lasted 18 months.

G. Finzi*, **P.P. Legnani****, **C. Lazzari***, **M. Aporti***, **G. De Luca****, **E. Leoni****, **R. Sacchetti****, **S. Stampi****, **F. Zanetti****

*Direzione Medica - Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi

**Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica - sezione di Igiene, Università di Bologna

Nell'ambito del progetto multicentrico di sorveglianza attiva delle polmoniti da Legionella, iniziato in Italia nel 2001 e conclusosi nel dicembre 2004, è stato inserito uno studio di prevalenza delle polmoniti a partire dalla metà del 2003. La sorveglianza dei casi di polmonite da Legionella, promosso dal Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, aveva lo scopo di valutare la diffusione ambientale di Legionella spp., la frequenza dell'infezione tra i casi di polmonite ricoverati in diverse strutture ospedaliere dislocate nel territorio italiano e i fattori di rischio ad essa associati. Al progetto aderirono 6 strutture sanita-

rie italiane (tab.1) tra cui l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi. L'obiettivo dello studio di prevalenza era di valutare la frequenza delle polmoniti in tutti i pazienti ricoverati nelle stesse 6 Unità Operative dell'Azienda Ospedaliera

(tab.2) reclutate per lo studio della sorveglianza epidemiologica della legionellosi.

tabella 2

Unità operative dell'Azienda Ospedaliera S.Orsola -Malpighi

- ❖ Chirurgia generale
- ❖ Fisiopatologia Respiratoria
- ❖ Geriatria
- ❖ Medicina Interna
- ❖ Pneumologia
- ❖ Semeiotica Medica

La scelta delle 6 Unità Operative è stata fatta sulla base dei dati pregressi relativi alle diagnosi ricavate dalle schede di dimissione ospedaliera degli anni 1999-2001; tali reparti sono stati considerati un campione rappresentativo delle Unità Operative dell'Azienda Ospedaliera, con esclusione dell'area pediatrica, che tuttavia esula dallo studio.

Di ogni caso individuato si è cercato di approfondire:

- la distribuzione per origine (comunitaria o nosocomiale),

Strutture sanitarie partecipanti

tabella 1

- ❖ San Raffaele di Milano
- ❖ S. Maria Nuova di Reggio Emilia
- ❖ S. Orsola- Malpighi di Bologna
- ❖ Policlinico Gemelli di Roma
- ❖ Policlinico Federico II di Napoli
- ❖ Policlinico di Bari



PAROLA CHIAVE: sorveglianza attiva, legionellosi, polmoniti comunitarie e nosocomiali

KEY WORDS: active surveillance, Legionella's disease, community acquired and nosocomial pneumonias

- l' eziologia della polmonite,
 - le caratteristiche individuali dei pazienti colpiti dalla infezione.
- Si sono infine confrontate le osservazioni ricavate con i dati relativi alle polmoniti da Legionella manifestatesi nello stesso arco di tempo dello studio di prevalenza (da metà 2003 al dicembre 2004). La sorveglianza continua di polmoniti si è basata sulla ricerca "attiva" dei casi polmonite da parte di figure responsabili della sorveglianza (Specializzandi in Igiene e Medicina Preventiva di Bologna) grazie all'esame periodico di fonti informative diverse (cartella clinica, cartella infermieristica, ecc.) e alla preziosa collaborazione del personale medico-infermieristico dei reparti coinvolti. Per ogni caso sospetto o diagnosticato di polmonite si procedeva a richiedere la ricerca dell'antigene urinario (vedi fig.1), compilando l'apposito modulo per la microbiologia. Nell'arco di 3-4 giorni il reparto riceveva l'esito del test. Se il test era negativo la sorveglianza della legionellosi si concludeva, mentre lo studio di prevalenza delle polmoniti proseguiva. Se il test era positivo si richiedeva il consenso informato al paziente per aderire allo studio di sorveglianza della Legionella. Se il paziente accettava si procedeva con la somministrazione di un questionario per lo studio caso-controllo e la scala di Paykel, oltre a richiedere esami sierologici e colturali. Se il paziente non accettava poteva comunque essere inserito nello studio di prevalenza delle polmoniti. In tale evenienza il medico responsabile compilava per ogni caso una scheda strutturata in 3 parti:
- dati relativi al paziente (età, sesso, data del ricovero, Unità Ope-

sintomatologico, patologie concomitanti), durata del ricovero e terapia antibiotica;

- informazioni relative all'iter diagnostico (test dell'antigene urinario, esame radiologico, colturale, sierologico).

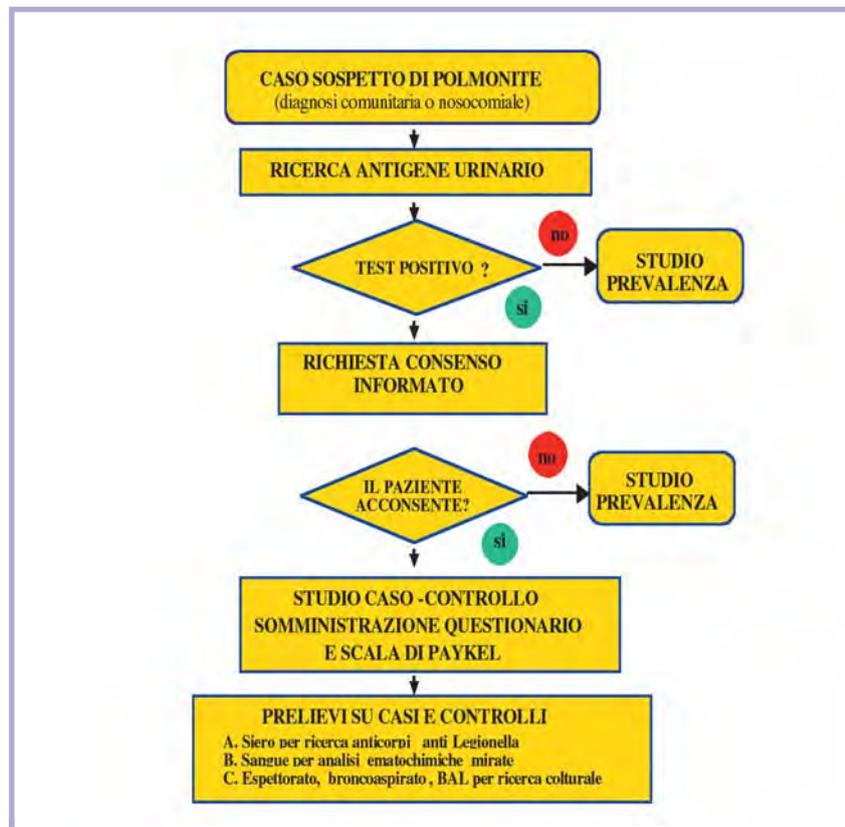


figura 1 diagramma di flusso

rativa del ricovero, numero di cartella clinica) e classificazione della polmonite in comunitaria o nosocomiale;

- dati clinici del paziente (quadro

Per la classificazione delle infezioni polmonari si è tenuto conto della classificazione CDC e delle Linee Guida per il controllo e la prevenzione della legionellosi: per la

Risultati: casi di polmonite

tabella 2

Durata della sorveglianza: 18 mesi			
Casi reclutati: 368	n°	%	Età media
Distribuzione per sesso			
Maschi	212	57,6%	73
Femmine	156	42,4%	77
Distribuzione per origine			
Comunitari	313	85,1%	
Nosocomiali	55	14,9%	

maggior parte degli agenti eziologici di infezione polmonare si considera **infezione comunitaria** quell'infezione la cui sintomatologia e/o positività dell'esame radiologico è presente all'ingresso del paziente in ospedale o che insorge entro 48 ore dal ricovero. Si definisce **nosocomiale**, quell'infezione per cui la sintomatologia e/o positività all'esame radiologico compare dopo 2 giorni dall'ingresso.

Diversa è la situazione per le polmoniti da *Legionella* il cui periodo di incubazione può essere decisamente più lungo rispetto agli altri microrganismi responsabili di infezioni polmonari e può raggiungere gli 8-10 giorni. Di conseguenza vengono considerati casi nosocomiali di polmonite da *Legionella* quelli in cui i sintomi e/o l'esame radiologico risultano positivi dopo 10 giorni dall'ingresso e **casi di sospetta polmonite nosocomiale** quelli che insorgono tra il 2° e 10° giorno di ricovero.

Nell'arco dei 18 mesi di sorveglianza sono stati reclutati 368 casi di polmonite (vedi tab.3): 55 nosocomiali, che rappresentano il 14,9% del totale, e 313 comunitari. Gli uomini (57,6%) risultano più colpiti delle donne (42,4%) ed hanno un'età media minore (73 anni contro i 77 anni delle donne).

La coltura dell'espettorato e/o broncoaspirato è stato richiesto direttamente dai medici di reparto solo nel 17,4% di tutti i casi di polmonite e di questi solo il 53,1% è risultato positivo. Si è potuto così fare diagnosi eziologica di polmonite solo nel 9,2% dei casi sul totale dei 368 pazienti con polmonite). Considerando il fatto che la terapia antibiotica è stata effettuata nella quasi totalità dei pazienti è

Confronto tra polmonite da *Legionella* ed altre polmoniti

	Polmonite da <i>Legionella</i>	Altre polmoniti
Età media d'insorgenza	58 anni	75 anni
Durata media degenza	24,1 giorni	15,7 giorni
febbre elevata	100%	69,6%
versamento pleurico	28,6%	16,6%
dispnea	71,4%	59,5%
ipossia	71,4%	33,2%

tabella 3

confermata la tendenza dei medici di adottare una terapia empirica per la cura di polmonite. Le polmoniti più frequenti sono risultate quelle provocate da *Staphylococcus aureus* (3,5%), *Pseudomonas aeruginosa* (2,7%), *Streptococcus spp.* (0,5%), *Haemophilus influenzae* (0,3%), *Klebsiella pneumoniae* (0,3%), che rappresentano il gruppo di agenti eziologici maggiormente coinvolti nelle infezioni polmonari in letteratura.

Grazie al protocollo di sorveglianza attiva, sempre nell'arco dei 18 mesi, sono stati identificati 7 casi di polmonite da *Legionella*, tutti di tipo comunitario, che corrispondono all'1,9% delle polmoniti totali reclutate. Tale percentuale si pone perfettamente nel range dell'1-5% di tutte le polmoniti individuate in letteratura medica. Questi 7 casi sono stati tutti confermati dall'esame sierologico effettuato con la tecnica dell'immunofluorescenza, mentre sono risultati tutti negativi all'esame colturale dell'espettorato o del broncoaspirato. Rispetto alle altre polmoniti, quelle da *Legionella* hanno rappresentato una frequenza maggiore nei maschi (71,4%) contro il 57,6% per le polmoniti a diversa eziologia ed un'età media d'insorgenza minore (58 anni contro 75 anni). Quest'ul-

tima può essere spiegata probabilmente dalla maggiore gravità della sintomatologia per le polmoniti da *Legionella* che richiede il ricovero anche in soggetti più giovani. La maggior gravità delle polmoniti da *Legionella* è confermata anche dal numero maggiore di giorni medi di degenza e dalla maggiore frequenza di sintomi quali febbre elevata, dispnea, ipossia e versamento pleurico.

La diagnosi eziologica è stata posta nel 9,2% dei casi attraverso coltura dell'espettorato e/o broncoaspirato. La ricerca dell'antigene urinario ha consentito di individuare le polmoniti da *Legionella* nell'1,9% portando complessivamente la percentuale di diagnosi eziologica all'11,1%. La ricerca dell'antigene urinario con metodo immunoenzimatico si è dimostrato pertanto un test utile per la diagnosi eziologica di polmonite.

BIBLIOGRAFIA

* CDC's Division of Healthcare Quality Promotion. *Guidelines for Prevention of Nosocomial Pneumonia. Recommendations and Reports - January 03, 1997 / 46 (RR-1); 1-79.* <http://www.cdc.gov>

* *Linee-guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi - Gazzetta Ufficiale Numero 103 (Serie Generale) del 5 Maggio 2000*

* *Notiziari dell'Istituto Superiore di Sanità. La legionellosi in Italia nel 2003. Vol.17, n.10 - Ottobre 2004*

GRAZIE AL PROTOCOLLO DI SORVEGLIANZA ATTIVA, SEMPRE NELL'ARCO DEI 18 MESI, SONO STATI IDENTIFICATI 7 CASI DI POLMONITE DA *LEGIONELLA*, TUTTI DI TIPO COMUNITARIO, CHE CORRISPONDONO ALL'1,9% DELLE POLMONITI TOTALI RECLUTATE.

STERRAD NX

Quando la velocità è importante

Strumenti sterili quando vuoi e
dove vuoi



Il sistema STERRAD NX compatto e a bassa temperatura sterilizza la maggior parte degli strumenti medicali in meno di 30 minuti.

- Processo di sterilizzazione delicato e asciutto
- Strumenti sterili e confezionati
- Strumenti sterili per un uso immediato o futuro
- Sicuro, conforme alla EN ISO 14937



ADVANCED STERILIZATION PRODUCTS®

Johnson & Johnson

Neisseria meningitidis quale indesiderato ospite abituale della provincia di Bolzano: protocollo per la gestione del paziente infetto all'interno dell'ospedale

Riassunto

L'alta incidenza di meningite da meningococco nella provincia di Bolzano ha portato alla stesura di un protocollo per la gestione, in ambiente ospedaliero, dei casi, accertati o sospetti, di meningite e per le indicazioni da seguire dopo l'esposizione.

Summary

Because of the high incidence of meningococcal meningitis in the province of Bolzano, a protocol has been drawn up regarding the management of either confirmed or suspected cases of meningitis and for the directions to follow after an exposure within the hospital environment.

M. Bombonato (*), D. Turolla (), B. Testini (**),
M. Lopez (**), M. Romeo (**), I. Egger (**), P. Santa (**)**

(*) Direzione medica dell'ospedale di Bolzano

(**) Servizio d'igiene ospedaliera - Direzione medica dell'ospedale di Bolzano

L'incidenza della meningite da meningococco, in Italia, è più bassa rispetto a quella di altri Paesi europei (particolarmente alta, e addirittura in aumento, risulta essere in Inghilterra).

Oltre a ciò, i dati epidemiologici degli ultimi anni evidenziano un'incidenza di meningite da meningococco particolarmente alta nella provincia di Bolzano, rispetto al resto del territorio nazionale: i casi diagnosticati dal gennaio 1992 al dicembre 2003 sono stati 146, distribuiti in tutta la provincia, ma con alcuni comuni più interessati rispetto ad altri.

I dati forniti dal Servizio d'igiene e sanità pubblica dell'Azienda sanitaria di Bolzano indicano, che dei 146 casi sopra riportati, in 13 l'evoluzione è stata verso il decesso.

Dai suddetti dati, emerge anche

che la malattia predilige l'età giovanile (soprattutto le fasce d'età 1 - 4 e 15 - 19 anni) con casi, comunque, che riguardano qualsiasi età.

Un'altra particolarità è che il meningococco identificato quale agente etiologico di meningite nella provincia di Bolzano ed appartenente al sierogruppo B, non risulta riscontrabile altrove; esso ha probabilmente trovato, in questa provincia, particolari e, per ora, sconosciute condizioni di sopravvivenza.

Il vaccino esistente non è efficace contro il ceppo autoctono di *Neisseria meningitidis*.

A causa della situazione descritta e dell'attuale mancanza di profilassi attiva, è necessario conoscere, per poterli applicare in caso di sospetto o certezza di malattia, gli altri sistemi efficaci di prevenzione del contagio.

Il Servizio d'igiene ospedaliera ha ritenuto opportuno preparare un protocollo per la gestione di un caso, certo o sospetto, d'infezione da meningococco.

Tale protocollo, riportato di seguito, si riferisce all'ambito ospedaliero: in esso si indicano unicamente la gestione del paziente e le precauzioni da adottare all'interno dell'ospedale, senza menzionare le misure da applicare in ambiente extraospedaliero (ad esempio, scuola, luogo di lavoro, familiari del paziente). Inoltre, nel protocollo (volendo esso essere solo una guida pratica per il dipendente esposto) non si cita l'inchiesta epidemiologica che, all'interno dell'ospedale, il Servizio d'igiene ospedaliera avvia non appena riceve la comunicazione di un caso o di un sospetto (a tale proposito, si ricorda che l'infezione appartiene alla classe II delle malattie infettive ed è soggetta a notifica obbligatoria ai sensi del D. M. 15 dicembre 1990 "Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse").

Sempre per il fatto che il protocollo è nato come "istruzioni" sul da farsi in caso di esposizione, in esso non è indicata neppure l'eventuale profilassi antibiotica da assumere, fermandosi al passo immediatamente precedente, ossia al contatto con il day hospital o la divisione di malattie infettive.

Si deve infine precisare che, naturalmente, il protocollo si adatta ai servizi esistenti nell'ospedale di Bolzano ed alla loro organizzazione.



PAROLA CHIAVE: *Neisseria meningitidis*, alta incidenza nella provincia di Bolzano, sierogruppo autoctono, protocollo - contatti in ambiente ospedaliero

KEY WORDS: *Neisseria meningitidis, high incidence in the province of Bolzano, autochthonous serogroup, protocol for contacts - hospital environment*

PRECAUZIONI IN CASO DI MENINGITE, SEPSI O POLMONITE, SOSPETTE OD ACCERTATE, DA NEISSERIA MENINGITIDIS



RICOVERO DEL PAZIENTE

- ▷ sistemare il paziente in camera singola; più pazienti con la stessa patologia possono condividere la stessa stanza
- ▷ non sono necessarie disinfezione dell'aria e ventilazione forzata: è sufficiente il ricambio naturale dell'aria, aprendo la finestra



TRASPORTO DEL PAZIENTE

- ▷ sistemare il paziente in camera singola; più pazienti con la stessa patologia possono condividere la stessa stanza
- ▷ non sono necessarie disinfezione dell'aria e ventilazione forzata: è sufficiente il ricambio naturale dell'aria, aprendo la finestra



PROTEZIONE PER OGNI OPERATORE CHE SI AVVICINI AD 1 METRO O MENO DAL PAZIENTE E PER CHI MANIPOLA COLTURE, TESSUTI O LIQUIDI BIOLOGICI CON PROBABILE CONTAMINAZIONE DA NEISSERIA MENINGITIDIS

Limitare gli spostamenti dalla stanza ai soli scopi essenziali. Se lo spostamento è indispensabile, è necessario:

- ▷ informare il personale della struttura di destinazione e l'addetto al trasporto
- ▷ far indossare al paziente una mascherina chirurgica

N.B.: Le seguenti prescrizioni valgono anche per i visitatori, il cui accesso deve però essere limitato al minimo

Oltre all'utilizzo degli usuali dispositivi di protezione individuale (guanti, copricamiche monouso, occhiali protettivi) durante procedure che potrebbero provocare un contatto accidentale con materiali o liquidi biologici, si deve:

- ▷ indossare una mascherina chirurgica, coprendo naso e bocca

Tutto il personale esposto (che abbia assistito od avvicinato il paziente a meno di 1 metro, per un periodo prolungato e senza indossare i DPI) deve recarsi o telefonare immediatamente a:

DAY HOSPITAL

MALATTIE INFETTIVE:

da lunedì a venerdì – h 7.30-16.00
tel. 0471/908669

oppure

DIVISIONE

DI MALATTIE INFETTIVE:

da lunedì a venerdì
h 16.00-7.30
sabato, domenica
ed altri festivi – h 0-24

tel. 0471/908547-0471/908550

Comunicare poi l'esposizione a:

ASSISTENTI SANITARIE - AMBULATORIO DI MEDICINA PREVENTIVA

da lunedì a venerdì – h 8.00-12.00
e h 14.00-16.00 tel. 0471/908207

Il protocollo, presentato ed illustrato durante una delle periodiche riunioni con i capisala, è stato distribuito ed affisso in tutti i reparti e servizi ospedalieri.

BIBLIOGRAFIA

- *Dati dal convegno "Le meningiti batteriche: epidemiologia e profilassi"* - Bolzano, 20 marzo 1999

- *Dati epidemiologici forniti dal Servizio igiene e sanità pubblica dell'Azienda sanitaria di Bolzano*

TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI EMPOIETICHE

Linee guida relative a: “L'alimentazione del bambino trapiantato”

N. Sabbatini*, G. Finzi**, A. Prete**, I.P. M. Barberini*, T. Campione**, L. Mavilla**

Il trapianto mediante cellule staminali emopoietiche consiste nell'infusione di cellule staminali nel bambino, le quali raggiungono il midollo, vi attecchiscono e cominciano a produrre le cellule del sangue: globuli rossi, globuli bianchi e piastrine.

Le cellule staminali sono cellule immature, cellule neonate non specializzate e potenzialmente in grado di svilupparsi in alcuni tipi di tessuti o addirittura dare origine a qualsiasi tipo di tessuto. In base a questa caratteristica, le cellule staminali si distinguono in:

- **totipotenti**, capaci di trasformarsi in ogni tessuto;
- **pluripotenti**, si trasformano solo in alcuni tipi di tessuto;
- **unipotenti**, possono dar luogo solo ad un tipo cellulare.

Le stesse si dividono in embrionali eterologhe e staminali autologhe, a seconda della fonte da cui vengono prelevate.

Sono presenti soprattutto nel midollo osseo o nel sangue placentare.

CELLULE STAMINALI EMBRIONALI ETEROLOGHE.

Derivano dalla regione interna dell'embrione prima che si impianti nella parete dell'utero. Si moltiplicano con grande facilità e sono in grado di dare origine a tutti i tipi di cellule presenti nell'organismo. Possono essere isolate dall'embrione nelle primissime fasi dello sviluppo e coltivate in provetta.

Sono stati messi a punto metodi di coltivazione che permettono di trasformare queste cellule in diversi tipi di cellule nervose e in cellule progenitrici del sangue.

CELLULE STAMINALI AUTOLOGHE.

Sono isolate dopo che il nucleo di una cellula somatica adulta viene trasferito in una cellula uovo privata del suo nucleo. Si ottengono così cellule dotate dello stesso patrimonio genetico del donatore e possono essere trapiantate senza rischio di rigetto.

Per trapiantare è necessario anzitutto eliminare, del tutto o in parte, il midollo osseo del bambino malato in modo da “fare spazio” per le cellule staminali emopoietiche del donatore (allotrapianto) oppure prelevate dallo stesso bambino e poi conservate (autotrapianto).

Per la quasi totale assenza di difese, in particolare nel-

l'allotrapianto, i bambini sono ricoverati presso strutture a “bassissima carica batterica” per proteggerli dall'elevato rischio di infezioni.

Dette situazioni vengono assicurate tramite sofisticati sistemi di filtri preposti alla purificazione dell'aria e gli ambienti vengono mantenuti in condizioni di sicurezza, sterilizzando o trattando tutto quanto deve entrare negli stessi come: medicinali, attrezzature, giocattoli, cibo.

L'ALIMENTAZIONE DEL BAMBINO SOTTOPOSTO A TRAPIANTO

Le indicazioni che seguono hanno lo scopo di fornire uno strumento operativo per gli operatori sanitari che si occupano dell'assistenza al bambino sottoposto a terapia cellulare, per quel che riguarda l'alimentazione nel periodo precedente e successivo al trattamento terapeutico.

Le motivazioni per cui adottare un regime dietetico nel paziente sottoposto a trapianto di cellule staminali emopoietiche sono di due ordini:

- 1) DI NATURA IGIENICO-PREVENTIVA
- 2) PER LA SALVAGUARDIA DELLA MUCOSA INTESTINALE.

Ogni affermazione successiva andrà interpretata secondo questa duplice chiave di lettura.

Si premette che il tratto gastrointestinale dell'uomo può essere considerato come un contenitore con una superficie interna simile all'estensione di un campo da tennis (250/300 mq), abitato da circa 100000 miliardi di cellule batteriche.

La microflora contribuisce a creare, con l'epitelio intestinale e il sistema immune mucosale, un'unità altamente efficiente responsabile dell'integrità del tratto gastroenterico.

L'equilibrio dinamico che si instaura tra i sistemi di difesa costituisce un “effetto barriera” che impedisce la colonizzazione da parte dei batteri potenzialmente patogeni.

A livello del colon non avvengono solo processi di assorbimento di sostanze nutritive e acqua ma viene ospitato un ecosistema batterico molto importante nell'economia dell'organismo umano.

All'interno del lume intestinale i batteri si trovano:

- in forma libera
- adesi a particelle di cibo
- adesi alla mucosa intestinale
- insaccati nelle cripte della mucosa.

La barriera intestinale è superabile anche in condizioni normali: il passaggio di germi attraverso la mucosa digestiva è un fenomeno fisiologico e senza conseguenze nell'immunocompetente. Nel paziente oncologico questo fenomeno è accresciuto dall'alterazione dell'integrità anatomica, fisiologica e microbiologica del tratto e può essere di entità grave in caso di neutropenia (carenza di neutrofili-leucociti).

Nel paziente sottoposto a terapia cellulare, la forte azione tossica esercitata dai farmaci sulle cellule in rapida replicazione - come quelle dell'epitelio mucoso - e la neutropenia successiva al condizionamento amplificano la fragilità dell'apparato intestinale.

Il condizionamento consiste in uno o più giorni di chemioterapia ed/o in una irradiazione corporea totale (Totalbody .TBI). Durante queste fasi si hanno generalmente conseguenze nutrizionali quali: nausea, vomito, mucosità, esofagite, anoressia, sazietà precoce e diarrea. Di fronte a questo rischio un'alimentazione convenzionale contribuisce in modo significativo alla contaminazione digestiva e rappresenta un rischio di entità proporzionale alla profondità e durata della neutropenia.

La soglia di rischio è mal precisata ma per chi ha subito TBI è ulteriormente ridotta.

La traslocazione attraverso il digerente (cioè il passaggio di germi nel torrente circolatorio) è rarissima per i germi anaerobi, moderata per Staphilococco, Streptococco e lieviti, ma riguarda soprattutto i batteri G-, sia quelli normalmente che occasionalmente presenti nel tratto (enterobacter), che quelli selezionati da terapie antibiotiche: Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella sp., Enterobacter sp., ma il più invasivo è lo Pseudomonas.

Gli aspergilli contaminano la maggior parte degli alimenti e in particolare il pepe, il the, i liofilizzati e la frutta, però la possibilità di contaminazione è ridotta rispetto alla via aerotrasmissa: pur essendo dimostrata la via d'accesso digestiva, la patogenesi può essere legata sia alla contaminazione delle vie aerodigestive superiori che alla traslocazione dei germi.

La sterilità degli alimenti sembra essere un obiettivo che garantisce sicurezza, ma è estremamente difficile da ottenere in preparazioni non industriali.

In alternativa a questa condizione, le strategie percorribili sono:

- l'esclusione di cibi fortemente contaminati o facilmente contaminabili
- la corretta preparazione e conservazione dei cibi.

C'è indicazione per l'esclusione dall'alimentazione di latticini freschi o non sterilizzati, frutta e verdura crude a buccia fine, salumi, frutti di mare, pane artigianale.

Su altri cibi non c'è un vero e proprio parere univoco. Solo uno studio ha collegato modifiche della dieta (es. consumo di yogurt) con il decremento del rischio di infezioni micotiche (es. da candida vaginale)

Limitazioni dietetiche nel periodo pre-trapianto (dall'inizio del condizionamento all'inizio dell'aplasia)

Prima del trapianto è opportuno procedere ad un'anamnesi infermieristica alimentare, finalizzata a valutare i gusti dei bambini e ad individuare eventuali alimenti non tollerati. Le restrizioni dietetiche iniziano col principio del regime ablativo; in questo momento le limitazioni sono costituite sostanzialmente dal rispetto di regole igieniche in merito alla qualità dei cibi scelti e alla loro preparazione e conservazione.

Si configurano due opzioni:

a) richiedere l'intervento del dietista.

L'infermiere, in accordo con il medico, attiva la procedura di richiesta quando ha accertato che si tratta della scelta più idonea.

Il dietista applicherà, in collaborazione con il medico, una completa valutazione nutrizionale, ma anche il personale infermieristico che è a stretto contatto con il paziente ed i familiari, dovrà essere in grado di spiegare le norme alimentari da seguire, nonché di controllare che tutto sia conforme ai processi applicati.

b) uno dei genitori decide di voler cucinare per il proprio bambino.

In questo caso il genitore deve sapere che dovrà procurarsi, oltre ai contenitori ermetici per il frigorifero comune, pentole nuove, posate nuove di metallo o teflon (non di legno) e dovrà seguire le indicazioni igieniche proposte.

Le restrizioni pre-trapianto riguardano:

- Cibi provenienti dall'esterno (pizza o panini) compresi quelli distribuiti con il carrello in reparto.
- Cibi fritti o cotti con metodi elaborati.
- Cibi crudi o poco cotti, tranne il prosciutto crudo o la frutta che può essere sbucciata.

Le limitazioni che riguardano i latticini vanno modulati a seconda della tolleranza individuale.

Sono comunque da escludere i formaggi (tranne il grana) e il latte intero.

Molluschi e crostacei, sia freschi che surgelati.

Man mano che avanza l'aplasia si manifesta inappetenza e si può presentare diarrea.

Quando l'alvo è fortemente diarroico è opportuno limitare il più possibile l'assunzione di cibi per garantire il riposo intestinale.

La sospensione completa dell'alimentazione deve essere dichiarata dal medico, che provvederà a programmare le necessarie integrazioni (messa a riposo dell'intestino tramite alimentazione parenterale).

RIALIMENTAZIONE...

Dopo un periodo di digiuno il momento della rialimentazione è estremamente delicato per l'intestino: non a caso si parla di "divezzamento", esattamente come nella prima infanzia.

E come in quel momento occorrerà gradualità nell'introdurre gli alimenti in modo da poter individuare con precisione l'eventualità di un cibo non tollerato.

In queste condizioni la mucosa dell'intestino è una sorta di rete a maglie molto allargate, in cui i fenomeni di assorbimento non sono regolari e la perdita di nutrienti è significativa.

Il bimbo che ha subito trapianto autologo di staminali normalmente risente in misura minore del danno intestinale ed è frequente che non interrompa completamente l'alimentazione.

In ogni caso l'alterazione del gusto rende la rialimentazione un momento talvolta penoso per molti bambini; i cibi consentiti spesso non sono graditi perché poco sapidi e questo riduce ulteriormente la gamma

degli alimenti che il bimbo assume effettivamente. Non è raro derogare da quanto il piccolo possa teoricamente assumere pur che incominci a "mangiare qualcosa".

Il momento della ripresa dell'alimentazione è deciso dal medico in base alle condizioni cliniche del paziente, generalmente si prevede un periodo di 15/18 gg. nel caso di trapianto autologo, di 4 settimane per il trapianto allogenico.

Nelle diete che seguono, la schematizzazione propone un modello di alimentazione "tipo" per ogni fase significativa di recupero clinico.

Sono proposte in sequenza temporale e lo schema successivo si ritiene comprensivo di quello precedente sia nei cibi consentiti che in quelli vietati a meno che non sia specificato il contrario. Ad esempio se lo yogurt è compreso nel primo schema lo sarà anche nel secondo e nel terzo anche se non dichiarato.

Come principio un alimento che non è nominato non è consentito e la deroga andrà individualizzata caso per caso.

DIETA TIPO 1: A BASSO CONTENUTO DI LATTOSIO

PER CHI?

TCSE di tipo autologo (dal bambino stesso) per il periodo dell'aplasia se il bimbo ha fame e non è sospesa l'alimentazione

TCSE di tipo allogenico (da donatore) dalla ripresa dell'alimentazione fino a +2 mesi

CATEGORIA ALIMENTI	CIBI CONSENTITI	CIBI SOGGETTI A LIMITAZIONE
BEVANDE	THE, COCA COLA, LATTE DI SOIA, LATTE DI RISO, SUCCHI DI MELA O PERA NON ZUCCHERATI IN CONFEZIONE SINGOLA, NUTRIDRINK	LATTE PARZIALMENTE SCREMATO E DILUITO CON ACQUA AL 50%, IN QUANTITÀ MODERATE SE NON C'È DIARREA
CEREALI E DERIVATI	CRACKERS, FETTE BISCOTTATE, PANE BIANCO COMUNE IN CONFEZIONE SINGOLA, FIOCCHI DI MAIS, GRANO O RISO, PASTA DI SEMOLA, RISO, BISCOTTI SECCHI COMUNI SENZA UOVA	EVITARE CEREALI INTEGRALI
GRASSI	MARGARINA, OLI VEGETALI	BURRO:AGGIUNTO A CRUDO, 10 GR AL GIORNO STRUTTO:DA LIMITARE, PUÒ FAR PARTE DI CIBI CONFEZIONATI
PROTEINE	MANZO, PESCE, MAIALE MAGRO, PROSCIUTTO CRUDO CONFEZIONATO, POLLO	UOVO: uno la settimana BRODO: da evitare
LATTICINI	FORMAGGIO GRANA IN CONFEZIONE SINGOLA	YOGURT: NON CON PEZZI DI FRUTTA, NON ARRICCHITO IN PANNA BIANCO O ALLA MELA O BANANA, SOLO PREVIO OK MEDICO
FRUTTA E VERDURA	MELA SBUCCIATA, BANANA, PATATE	TUTTO IL RESTO, SPECIE VERDURE A FOGLIA. VIETATE LE VERDURE CRUDE.

PERCHE'?

- l'eccesso di zuccheri semplici provoca un aumento della quota di liquidi richiamata nell'intestino e facilita la diarrea: lo zucchero va fortemente limitato. E' possibile ricorrere a dolcificanti, valutando la dose massima giornaliera.

- i cibi integrali esercitano un'azione dannosa di "brushing" nei confronti della nuova fragile mucosa
- le proteine contenute nelle uova possono risultare difficilmente digeribili se la funzionalità epatica non è ottimale
- i latticini freschi sono estremamente irritanti per l'intestino; un eccesso può provocare un'intolleranza permanente.

DIETA TIPO 2: A BASSO RESIDUO

PER CHI?

TCSE di tipo autologo anche durante l'aplasia, associata a dieta tipo 1

TCSE di tipo allogenic dal 2° al 4° mese associata alla dieta di tipo 1

TIPOLOGIA ALIMENTI	CIBI CONSENTITI	CIBI SCONSIGLIATI
BEVANDE	COME TIPO 1 + ORZO SOLUBILE, LATTE PARZIALMENTE SCREMATO DILUITO CON ACQUA AL 75% SUCCHI DI FRUTTA: MELA, PESCA, PERA, BANANA	BEVANDE A BASE DI LATTE, SUCCHI DI FRUTTI ESOTICI.
CEREALI E DERIVATI	COME TIPO 1 + PANE TOSTATO	PRODOTTI CON FARINE INTEGRALI O SEMI CEREALI INTEGRALI, ORZO
GRASSI	TUTTI CONSENTITI, CON MODERAZIONE	NON USATI PER FRITTURE
PROTEINE	MANZO, POLLO, CONIGLIO, PESCE, MAIALE, PROSCIUTTO CRUDO O COTTO, BRESAOLA DI MANZO O DI CAVALLO, UOVA 1/2 VOLTE LA SETTIMANA.	CARNE SPEZIATA: SALAME, SPECK MORTADELLA.
LATTICINI	FORMAGGIO GRANA.	ALTRI FORMAGGI
FRUTTA E VERDURA	SUGO DI POMODORO, SUCCO DI LIMONE, BRODO VEGETALE (NO CIPOLLA).	NOCI, SEMI,, FRUTTA SECCA, COCCO, MAIS IN GRANI.
DOLCI	MARMELLATA SENZA PEZZI (GELATINE) MONODOSE MIELE MONODOSE, ZUCCHERO, BUDINI E GELATI CONFEZIONATI PREVIO OK MEDICO	PRODOTTI CON SEMI.
VARIE		KETCHUP, PEPERONCINO. AGLIO, OLIVE E SOTTACETI, POPCORN, PEPE, SPEZIE, AROMI

PERCHE'?

- si cerca di limitare la quota di carboidrati indigeribili per evitare un'eccessiva stimolazione della peristalsi
- le spezie sono irritanti per stomaco e intestino, possono provocare un'ipersecrezione gastrica

- negli aromi essiccati sono contenute polveri e microrganismi, non c'è garanzia di igiene

IL BAMBINO SOTTOPOSTO A TCSE DI TIPO AUTOLOGO DAL 3° MESE PUO' INIZIARE A INTRODURRE GRADUALMENTE UN'ALIMENTAZIONE LIBERA, SALVO DIVERSO PARERE DEL SANITARIO

DIETA TIPO 3: A BASSO CONTENUTO DI FIBRE

PER CHI?

TCSE allogenico dal 4° al 6° mese

TIPOLOGIA ALIMENTI	CONSENTITI	SCONSIGLIATI
BEVANDE	COME TIPO 2	
CEREALI E DERIVATI	COME TIPO 2 + PANE DI SEGALE, PASTA ALL'UOVO CONFEZIONATA PANE FRESCO DEL FORNAIO	FARINE INTEGRALI, SEMI INTERI (ES: SESAMO), RISO INTEGRALE
PROTEINE	COME TIPO 2	COME TIPO 2
GRASSI	COME TIPO 2	COME TIPO 2
LATTICINI	COME TIPO 2 + LATTE PARZIALMENTE SCREMATO CON MODERAZIONE	
FRUTTA E VERDURA	FRUTTA SBUCCIATA CON MODERAZIONE, VERDURE CRUDE PREVIO OK MEDICO, INTRODOTTE CON CAUTELA.	FAGIOLI SECCHI, FUNGHI, PISELLI.
DOLCI	COME TIPO 2. CAMELLE, CROSTATA DI FRUTTA	TUTTI I PRODOTTI CONTENENTI COCCO, NOCI, SEMI, FRUTTA SECCA, FRUTTA CON LA BUCCIA
VARIE	KETCHUP, ACETO	PEPERONCINO, OLIVE, SOTTACETI, POPCORN, PEPE.

Il passaggio dal tipo di dieta più semplice al tipo più arricchito deve essere graduale. In caso di GVHD intestinale cronica la tipologia di dieta deve essere individualizzata e a discrezione del medico; si tratta infatti di una condizione patologica particolarmente invalidante in cui l'appiattimento dei villi intestinali porta ad un malassorbimento cronico. Sarà da valutarsi una dieta priva di glutine.

GVHD= detta anche malattia del trapianto contro l'ospite. Può essere acuta o cronica e si verifica in un 40-60% dei pazienti.

Al fine di garantire la assoluta igienicità del processo alimentare, nei confronti di persone defedate ospiti di una struttura ospedaliera, si è proceduto ad un processo, in termini di controllo del pericolo così articolato:

- definizione e descrizione degli alimenti idonei al tipo di popolazione in oggetto.
- Valutazione del pericolo su tutta la catena alimentare, dall'acquisto e conservazione alla preparazione e distribuzione di ogni alimento descritto.
- Definizione di parametri e norme di sicurezza in termini di abbattimento della carica batterica.
- Modalità di verifica e trattamenti correttivi adeguati.

Per potere valutare l'idoneità dei protocolli di preparazione e distribuzione applicati presso il centro di preparazione, fino all'arrivo presso la U.O, ogni campione è stato sottoposto alla seguente procedura, presso laboratori di alimenti ARPA:

1. analisi su campione a crudo, appena pervenuto al laboratorio, per caratterizzazione dell'assetto microbiologico.
2. contaminazione, del campione a crudo, con n 10/ batteri appartenenti alla specie *Lactobacillus bulgaricus*.
3. cottura e distribuzione, secondo le indicazioni dei protocolli applicati presso il centro produzione pasti in questione, con rilevazione al cuore del campione, alla fine della fase di cottura.
4. caratterizzazione dell'assetto microbiologico alla fine dell'intero processo, inteso dopo una sosta in contenitore chiuso ermeticamente e posizionamento dello stesso su carrello termico a 70°C.

Analisi dei risultati: in tutti i campioni, dopo la cottura, si è constatato un totale abbattimento della carica mesofita e dei lattobacilli sperimentalmente inoculati.

Conclusioni: in relazione alle analisi effettuate e limitatamente agli accertamenti eseguiti, si è potuto verificare che i tempi e le temperature, indicate nel protocollo applicato presso il centro di preparazione per le tipologie di alimenti esaminati, sono idonei per garantire il controllo del pericolo.

Si allega il protocollo in applicazione presso il centro preparazione pasti e gli esami microbiologici e chimici pianificati a monitoraggio del programma di alimentazione per persone defedate.

Descrizione dell'alimento	All'acquisto	In conservazione	In preparazione	In distribuzione
Pastina in brodo vegetale	Non richiesto	Non richiesto	Acqua a temperatura di ebollizione, aggiunta del correttore per brodo vegetale, cottura della pasta e distribuzione nel contenitore individuale, chiuso con chiusura a molla. Posizionamento del contenitore in carrello termico a 70/75°C.	Percorso del carrello dal centro pasti all'U.O in 7/8', a 70/75°C. Distribuzione diretta al paziente.
Pasta al sugo	Non richiesto	Non richiesto	Acqua a temperatura di ebollizione, immissione e cottura della pasta, distribuzione nel contenitore individuale con aggiunta di salsa fatta bollire per 1h30' e conservata per 30' a 75°C. Posizionamento del contenitore in carrello termico a 70/75°C.	Percorso del carrello dal centro pasti all'U.O in 7/8', a 70/75°C. Distribuzione diretta al paziente.
Prosciutto crudo	Caratteristiche da capitolato: prosciutto crudo Parma stagionatura almeno 10/12 singola mesi, in vaschetta porzionata di da gr. 70, in atmosfera protettiva termoretraibile e termosaldato. Nella conservazione e nel trasporto la temperatura deve essere compresa tra 0 e + 4°C. E' richiesto il rispetto dei parametri microbiologici previsti da Università degli studi di Udine, Servizio Sanitario Friuli Venezia Giulia -1997. La temperatura del mezzo viene rilevata e registrata ad ogni fornitura..	Consegne settimanali, con ciclo di vita al 75%. Conservati in cella a temperatura +4/5°C. La temperatura delle celle viene rilevata e registrata con frequenza giornaliera. Le date di scadenza vengono controllate settimanalmente ad ogni fornitura.	Le mono porzioni vengono posizionate sul carrello nella parte fredda.	Percorso del carrello dal centro pasti all'U.O in 7/8', Distribuzione diretta al paziente. La IOA03 (Istruzione aziendale) detta i criteri di distribuzione e conservazione del vitto presso le UU.OO *Campionamento periodico microbiologico del prodotto a verifica della conformità di quanto dichiarato. Controlli a campione presso i frigoriferi delle UU.OO da parte del Settore Controllo Igiene degli alimenti e della Ristorazione collettiva, a verifica delle giacenze (proibite) e temperature di refrigerazione.
Prosciutto cotto	Caratteristiche da capitolato: prosciutto cotto di 1° qualità senza aggiunta di polifosfati e proteine del latte, in vaschetta porzionata da gr. 70, in atmosfera protettiva termoretraibile e termosaldato. Nella conservazione e nel trasporto la temperatura deve essere compresa tra 0 e + 4°C. E' richiesto il rispetto dei parametri microbiologici previsti da Università degli studi di Udine, Servizio Sanitario Friuli Venezia Giulia-1997. La temperatura del mezzo viene rilevata e registrata ad ogni fornitura..	Consegne settimanali, con ciclo di vita al 75% Conservati in cella singola a temperatura di +4/5°C La temperatura delle celle viene rilevata e registrata con frequenza giornaliera. Le date di scadenza vengono controllate settimanalmente ad ogni fornitura.	Le mono porzioni vengono posizionate sul carrello nella parte fredda.	Percorso del carrello dal centro pasti all'U.O in 7/8', Distribuzione diretta al paziente. La IOA03 (Istruzione aziendale) detta i criteri di distribuzione e conservazione del vitto presso le UU.OO *Campionamento periodico chimico-microbiologico del prodotto a verifica della conformità di quanto dichiarato. Controlli a campione presso i frigoriferi delle UU.OO da parte del Settore Controllo Igiene degli alimenti e della Ristorazione collettiva, a verifica delle giacenze (proibite) e temperature di refrigerazione.
Parmigiano reggiano	Caratteristiche da capitolato: a maturazione naturale almeno 12 mesi in vaschetta porzionata da gr. 25, in atmosfera protettiva termoretraibile e termosaldato. Nella conservazione e nel trasporto la temperatura deve essere compresa tra 0 e + 4°C. E' richiesto il rispetto dei parametri microbiologici previsti da D.P.R. n° 54 del 14/1/1997. La temperatura del mezzo viene rilevata e registrata ad ogni fornitura..	Consegne settimanali, con ciclo di vita al 75%. Conservati in cella singola a temperatura di +4/5°C. La temperatura delle celle viene rilevata e registrata con frequenza giornaliera. Le date di scadenza vengono controllate settimanalmente ad ogni fornitura.	Le mono porzioni vengono posizionate sul carrello nella parte fredda	Percorso del carrello dal centro pasti all'U.O in 7/8', Distribuzione diretta al paziente. La IOA03 (Istruzione aziendale) detta i criteri di distribuzione e conservazione del vitto presso le UU.OO *Campionamento periodico microbiologico del prodotto a verifica della conformità di quanto dichiarato. Controlli a campione presso i frigoriferi delle UU.OO da parte del Settore Controllo Igiene degli alimenti e della Ristorazione collettiva, a verifica delle giacenze (proibite) e temperature di refrigerazione.



<p>Palombo</p>	<p>Caratteristiche da capitolato: palombo surgelato in confezioni porzionate da gr. 200 circa cadauna. Il palombo spellato e pulito dovrà contenere una percentuale di mercurio inferiore ai limiti previsti dalla norma vigente e sue eventuali successive modificazioni e integrazioni. E' richiesto il rispetto dei requisiti microbiologici riportati nella Tabella Min. n° 81/1978, nonché quelli raccomandati da I.C.M.S.F e dalla normativa CEE con assenza di alterazioni microbiche e fungine La Ditta dovrà effettuare analisi chimiche per la ricerca del mercurio, che dovrà inviare in copia all'Azienda Il prodotto dovrà essere trasportato su mezzi con il rispetto delle temperature come previsto dalla normativa vigente. Lo stato dei mezzi di trasporto e delle relative temperature viene rilevato e registrato ad ogni consegna.</p>	<p>Consegne settimanali. Conservati in cella per surgelati a - 18°C La temperatura delle celle viene rilevata e registrata con frequenza giornaliera.</p>	<p>Lo scongelamento dovrà esser condotto nel rispetto dei processi previsti dal manuale di autocontrollo (a + 4-6°C). A scongelamento avvenuto, le caratteristiche organolettiche e l'aspetto dovranno essere quelle presenti nella medesima specie allo stato di freschezza. Il pesce viene insaporito con limone e prezzemolo ed infornato a 165°C. per 20'. Immediatamente dopo la cottura viene rilevata la temperatura al cuore (75°C). Immediatamente porzionato nel contenitore individuale a chiusura ermetica e posizionato sul carrello a 75°C.</p>	<p>Percorso del carrello dal centro pasti all'U.O in 7/8', Distribuzione diretta al paziente. La IOA03 (Istruzione aziendale) detta i criteri di distribuzione e conservazione del vitto presso le UU.OO *Campionamento periodico, chimico-microbiologico, del prodotto a verifica della conformità di quanto dichiarato. Controlli a campione presso i frigoriferi delle UU.OO da parte del Settore Controllo Igiene degli alimenti e della Ristorazione collettiva, a verifica delle giacenze (proibite) e temperature di refrigerazione.</p>
<p>Petto di pollo</p>	<p>Caratteristiche da capitolato Carni di pollame provenienti da animali allevati su territorio nazionale o paesi membri dell'U.E. Ottenute da animali abbattuti e sezionati n macelli conformi a quanto previsto dal D.P.R. 503 del 8/6/1982. Dovranno possedere requisiti analitici previsti dall'autocontrollo aziendale di cui al D. LGS. n. 286/1994 e al D.P.R. N. 309/1998 relative ai lotti conferiti. Detti esiti devono essere forniti in copia all'Azienda Ospedaliera. Le carni devono essere trasportate con mezzi a chiusura ermetica secondo quanto previsto dalla normativa vigente a temperature comprese fra 0 e 4°C. Lo stato dei mezzi di trasporto e delle relative temperature viene rilevato e registrato ad ogni consegna</p>	<p>Consegne settimanali al momento della consegna la vita residuale, alla scadenza, non dovrà essere inferiore al 75%. Conservati in cella frigorifera a 0-4°C. La temperatura delle celle viene rilevata e registrata con frequenza giornaliera.</p>	<p>Cottura effettuata in forni a convezione a vapore a 170-180°C per 20/30'. Immediatamente porzionato nel contenitore individuale a chiusura ermetica e posizionato sul carrello a 75°C.</p>	<p>Percorso del carrello dal centro pasti all'U.O in 7/8', Distribuzione diretta al paziente. La IOA03 (Istruzione aziendale) detta i criteri di distribuzione e conservazione del vitto presso le UU.OO *Campionamento periodico, microbiologico, del prodotto a verifica della conformità di quanto dichiarato. Controlli a campione presso i frigoriferi delle UU.OO da parte del Settore Controllo Igiene degli alimenti e della Ristorazione collettiva, a verifica delle giacenze (proibite) e temperature di refrigerazione.</p>
<p>Fettina di vitellone (filetto)</p>	<p>Caratteristiche da capitolato: dovranno provenire da animali macellati da almeno 3 giorni, conservate perfettamente e provenienti da macelli, laboratori di sezionamento, di produzione in possesso dei bolli C.E.E. La carne non deve avere subito nessun trattamento diverso dal freddo. Dovranno essere del peso di gr.100/120 in confezioni sottovuoto. E' richiesto il rispetto dei criteri microbiologici previsti dall'autocontrollo aziendale di cui al D. LGS. n. 286/1994 e al D.P.R. N. 309/1998 relative ai lotti conferiti. Detti esiti devono essere forniti in copia all'Azienda Ospedaliera. Le carni devono essere trasportate con mezzi a chiusura ermetica secondo quanto previsto dalla normativa vigente a temperature comprese fra 1 e 7°C. Lo stato dei mezzi di trasporto e delle relative temperature viene rilevato e registrato ad ogni consegna.</p>	<p>Consegne settimanali entro 7 giorni dalla data di confezionamento. Conservati in cella frigorifera a 2-4°C. La temperatura delle celle viene rilevata e registrata con frequenza giornaliera</p>	<p>Cottura effettuata in forni a convezione a vapore a 155°C per 2'. Immediatamente porzionato nel contenitore individuale chiusura ermetica e posizionato a sul carrello a 75°C.</p>	<p>Percorso del carrello dal centro pasti all'U.O in 7/8', Distribuzione diretta al paziente. La IOA03 (Istruzione aziendale) detta i criteri di distribuzione e conservazione del vitto presso le UU.OO *Campionamento periodico, microbiologico, del prodotto a verifica della conformità di quanto dichiarato. Controlli a campione presso i frigoriferi delle UU.OO da parte del Settore Controllo Igiene degli alimenti e della Ristorazione collettiva, a verifica delle giacenze (proibite) e temperature di refrigerazione.</p>
<p>*Campionamento chimico-microbiologico : su matrici di: prosciutto cotto e crudo parmigiano reggiano filetto di vitellone, petto di pollo e palombo.</p>	<p>Frequenza del campionamento: ad inizio fornitura per la valutazione della conformità a capitolato; in corso di fornitura con frequenza mensile per la determinazione di: * carica batterica * coliformi * Escherichia coli * Salmonella * Stafilococchi * Clostridi. Sul palombo vengono effettuate tutte le ricerche di cui sopra, in più: vibroni ed il contenuto in mercurio.</p>			

Tabella del sistema di valutazione usata dal CDC per determinare la forza delle raccomandazioni

CATEGORIA	DEFINIZIONE	RACCOMANDAZIONE
A	Forte evidenza per efficacia e benefici clinici sostanziali	Fortemente raccomandata
B	Forte o moderata evidenza per efficacia, ma benefici clinici limitati	Generalmente raccomandata
C	Evidenza per efficacia insufficiente, o non considera eventuali effetti avversi	Opzionale
D	Moderata evidenza contro l'utilizzo	Generalmente non raccomandata
E	Forte evidenza contro l'efficacia	Mai raccomandata

Tabella del sistema di valutazione usato dal CDC per determinare la qualità della raccomandazione che supporta l'evidenza

CATEGORIA	DEFINIZIONE
I	Evidenza proveniente da almeno un trial controllato e randomizzato eseguito correttamente
II	Evidenza proveniente da almeno un trial clinico non randomizzato; studio di coorte o studio analitico caso-controllato (preferibilmente di più centri); studi multipli in serie cronologica o evento drammatico di esperimenti non controllati.
III	Evidenza tratta dalle opinioni di autorità basate su esperienze cliniche, studi descrittivi o rapporti di comitati di esperti.

REGOLE IGIENICHE (consigli per le famiglie)

Alcune indicazioni sono tratte dalle linee guida del CDC di Atlanta specifiche per il ricevente di TCSE, pertanto compare l'indicazione della forza e della qualità dell'evidenza; altre sono basate su "accordi tra esperti" quindi su dati sostanzialmente esperienziali.

- ✓ Queste indicazioni vanno seguite a partire dall'inizio del condizionamento e prolungate fino ai 6 mesi dal trapianto o per un periodo più breve a giudizio del curante. (BIII)
- ✓ La dieta a bassa carica microbica è raccomandata per i riceventi trapianto di cellule staminali emopoietiche. (BIII)
- ✓ Questa dieta dovrebbe essere continuata per i tre mesi successivi al tmo autologo; in caso di tmo allogeneico è opportuno continuare una dieta appropriata in rapporto alle condizioni del paziente durante tutto il periodo di terapia immunosoppressiva. (BIII)
- ✓ I principali germi che contaminano le bevande sono *Cryptosporidium*, *Brucella*, *Salmonella*, *Escherichia*.
- ✓ Le bevande consentite devono essere contenute in confezioni monodose e pastorizzate; l'acqua deve essere in bottiglia, una volta aperta consumare in giornata.
- ✓ Qualsiasi manipolazione del cibo destinato al paziente deve essere preceduta dal lavaggio delle mani. Chi prepara il cibo per un paziente ricevente trapianto di cellule staminali emopoietiche deve essere educato alle opportune pratiche igieniche adeguate alla preparazione, come di seguito indicato. (AIII)
- ✓ Pollame, carne e pesci crudi devono essere manipolati su superfici separate e con posate dedicate. (AIII)
- ✓ La carne cruda non deve mai toccare altri alimenti. (BIII)
- ✓ Non devono mai essere consumate crude o poco cot-

te: carni di pollo, manzo, maiale, selvaggina. No uova e salse contenenti uova crude o poco cotte (es maionese fatta in casa). (AIII)

- ✓ Escludere frutti di mare poco cotti (*vibrio* e *criptosporidium*). (AIII) E' comunque opportuno evitare completamente crostacei e molluschi.
- ✓ Gli utensili devono essere lavati con acqua calda e sapone o in lavastoviglie, subito dopo l'uso. (AIII) (si evitano *Salmonelle* e *Campylobacter*)
- ✓ Le stoviglie devono essere asciugate subito con strofinacci puliti o lavate in lavastoviglie e lasciate asciugare all'interno.
- ✓ Tutto ciò che serve per cucinare deve essere mantenuto pulito; pulire i contenitori e il frigorifero. (AIII)
- ✓ Quando previsto, conservare i cibi confezionati alla temperatura indicata.
- ✓ Qualsiasi prodotto non cotto, tra i consentiti, deve essere risciacquato sotto acqua corrente prima di essere mangiato. (AIII)
- ✓ Non lasciare il cibo cotto a temperatura ambiente per più di due ore (regola del "cuoci e mangia").
- ✓ Ricordare che il momento di maggior possibilità di contaminazione per il cibo cotto è durante il raffreddamento. La contaminazione batterica inizia a circa 50°C.
- ✓ Il bambino si deve lavare accuratamente le mani prima di mangiare.
- ✓ Il cibo va servito in piatti puliti (o monouso durante la degenza) e su superfici deterse; evitare che il bambino mangi a letto lasciando briciole e residui alimentari difficilmente asportabili.

A PROPOSITO DI LATTE

E' possibile utilizzare sia latte a lunga conservazione che fresco, rigorosamente pastorizzato. Si tratta infatti di un alimento che offre garanzia di igiene, pertanto vanno evitate il più possibile le manipolazioni del pro-

Sei sicuro che i tuoi prodotti valgano quanto il tuo impegno..?



VIRKON

Il disinfettante di alto livello di ultima generazione

- sicuro per gli operatori
- rispetta l'ambiente
- nessun dispositivo di protezione individuale
- adatto ad alte livello superficiali attrezzati
- virucida
- battericida
- fungicida
- MDRS-atto
- stabile e sicuro
- azione a base di ossigeno
- riduzione di efficacia
- azione stringe e brucia
- Acetone Free



PERASAFE

Sterilizzante a freddo per strumentario efficace in 10 minuti

- sicuro all'uso
- sicuro per gli operatori
- rispetta l'ambiente
- nessun dispositivo di protezione individuale
- nessun rischio per l'aspirazione dei fumi
- protezione meccanica non richiesta
- sterilizzazione - 10 minuti
- decontaminazione - 5 minuti
- ipoclorito
- tubercolicida
- virucida
- battericida
- fungicida
- compatibilità con il latex



LEADER IN BIOSECURITY

human health



Importatore Unico e Rappresentante Legale per l'Italia: BIOSEC ITALIA S.r.l. via A. Carro, 11 20087 - SUSA (TV)

Tel. 0422 450008 Fax: 0422 470198 E-mail: info@biovitalita.it website: www.biovitalita.it

RECENSIONI

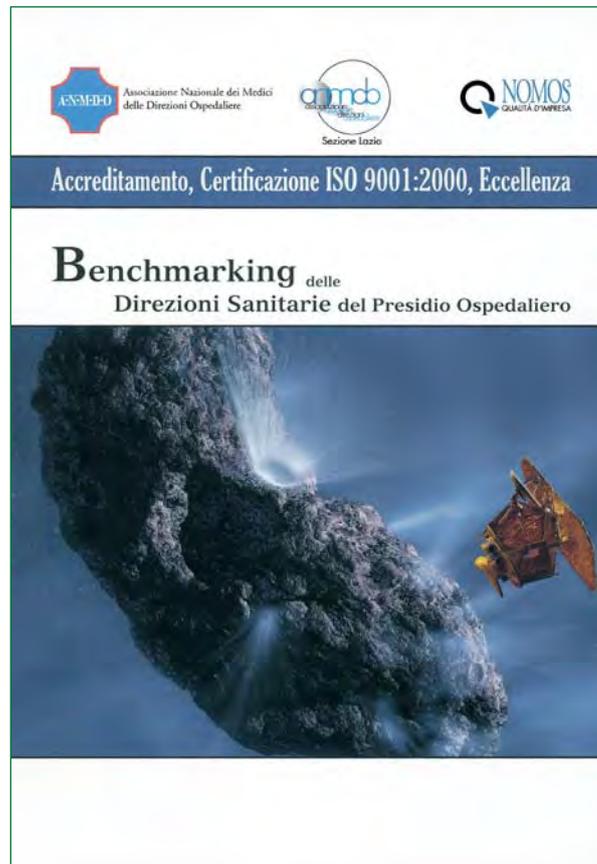
ACCREDITAMENTO, CERTIFICAZIONE ISO 9001:2000, ECCELLENZA: BENCHMARKING DELLE DIREZIONI MEDICHE OSPEDALIERE.

U.L. Aparo,
Direttore Sanitario IRCCS Istituto Dermopatico dell'Immacolata Roma
A. Barattelli,
Direzione Sanitaria Ospedale S. Eugenio, ASL RM C, Roma
A. Carbone,
Direzione Sanitaria Ospedale S. Eugenio, ASL RM C, Roma
A.V. Cicogna,
Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" Catanzaro.
G. Finzi, Presidente Nazionale A.N.M.D.O
Direttore Medico Policlinico S. Orsola Malpighi - Bologna
S. Medaglini,
Direttore Medico Presidio Ospedaliero Rocca di Papa - Marino, ASL RM H Roma
C. Pisolesi
Nomos - Qualità d'impresa, Direzione Sanitaria Ospedale G.B. Grassi ASL RM D Roma
G. Sacripanti,
Responsabile U.O. Verifica e valutazione strutture sanitarie territoriali, ASL RM D Roma
E. Sesti,
Direttore Medico Presidio Ospedaliero Centrale ASL Viterbo
R. Testa,
Direzione Sanitaria Aziendale ASL RM C Roma

Tra le parole d'ordine che periodicamente attraversano, la scena della sanità italiana, "Clinical Governance" è quella che ha assunto negli ultimi tempi la massima notorietà. Tale termine proposto dall'OMS, compendia gli aspetti multidimensionali della qualità e quindi va inteso come "coerente monitoraggio dei fenomeni sanitari e loro indirizzo". La formazione e la comunicazione sono strumenti che, permeando tutte le aree d'interesse della Clinical Governance, rendono efficienti le relazioni e l'attuazione di programmi e di progetti per la struttura e per gli utenti dei servizi. Nell'attuale fase di sviluppo e consolidamento dei processi di accreditamento/certificazione e di gestione per la sanità, appare ineludibile l'introduzione di sistemi di gestione che ne possano potenziare l'azione. Nella continua ricerca di strumenti gestionali atti a consentire alle DMO di dotarsi di processi che orientano allo sviluppo di indicatori gestionali per l'accREDITAMENTO e l'eccellenza, si propone l'impiego di uno strumento consolidato quale il benchmarking, nel supportare il sistema di gestione e controllo direzionale, nell'aumento delle capacità di valutazione e apprezzamento della performance realizzate dalle DMO di diversi presidi ospedalieri, attraverso la creazione di efficaci modalità di iterazione (ANMDO/rete).

Il benchmarking nell'ormai nota definizione attribuita a Kearns, rappresenta il processo continuo di misurazione dei prodotti, servizi e processi aziendali attraverso il confronto con i migliori concorrenti o le aziende riconosciute come leader nei vari settori di mercato. Comprende tre fasi principali: analisi della propria attività operativa, analisi delle imprese leader o concorrenti, apprendimento dalle imprese leader o concorrenti. Tale tecnica, sviluppata nel mondo delle aziende private, da alcuni anni si è affermata anche nel settore pubblico. L'applicazione di tale strumento al contesto sanitario dell'accREDITAMENTO di eccellenza ed alla certificazione ISO, risulta particolarmente interessante soprattutto alla luce di alcune specificità che caratterizzano l'ospedale; in particolar modo:

- l'ospedale è connotato da elevati livelli di complessità tecnico-organizzativa che trae origine;



- dalla eterogeneità dei servizi erogati e dalle limitate possibilità di standardizzazione degli stessi;
- dalla natura professionale dell'organizzazione e dalla conseguente difficoltà di applicazione di strumenti gerarchici;
- dagli elevati fabbisogni di integrazione e coordinamento;
- dalle dimensioni strutturali e territoriali molto spesso rilevanti;
- la pratica medica è contraddistinta dal continuo confronto volto all'individuazione delle migliori modalità diagnostiche terapeutiche disponibili per la cura di una certa patologia in un dato momento storico.

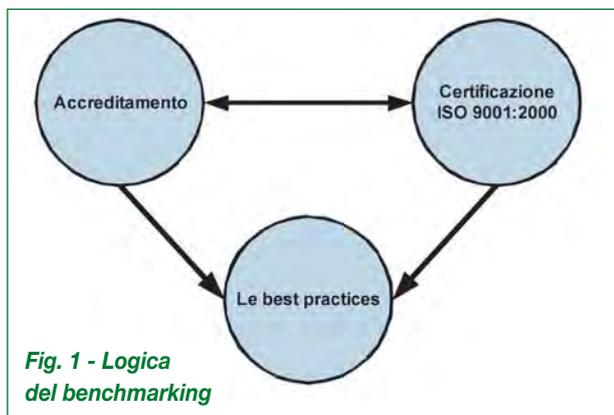
L'obiettivo del manuale di benchmarking proposto è quello di fornire ai medici di DMO uno strumento della clinical governance, vale a dire il modo di affrontare globalmente problemi con strategie complessive, al fine di garantire:

- il continuo miglioramento delle attività clinico-assistenziali, organizzative e gestionali; porre l'attenzione verso il complesso processo di erogazione del servizio, dando rilevanza sempre crescente alla dimensione orizzontale del sistema di controllo; possibile strumento di supporto alle attività di pianificazione strategica di competenza della DMO;
- svolgere funzioni di auditing per il miglioramento del sistema di rilevazione delle informazioni, nelle attività di formulazione e definizione degli standard di performance e nelle attività di valutazione ed interpretazione dei risultati operativi;
- l'identificazione delle possibili cause di rischi clinici; - integrare informazioni riguardo l'effettivo perseguimento degli obiettivi aziendali, all'interno di un contesto domina-

to da elevati livelli di specializzazione ed autonomia clinica e da elevati livelli di autonomia organizzativa; la formazione continua attiva, multidisciplinare e interprofessionale. L'adozione di linee guida e di percorsi assistenziali integrati. Obiettivo del benchmarking DMO è implementare un processo di valutazione e di apprendimento sistematico e continuo sul soddisfacimento e il miglioramento rispetto ai requisiti di accreditamento, comprensivi dei requisiti ISO 9001:2000.

Il sistema di valutazione è finalizzato ad individuare i punti di debolezza e i punti di forza delle DMO, mentre il sistema di apprendimento è basato sul confronto tra le DMO, così da individuare le azioni correttive e le azioni di miglioramento più adeguate e fattibili, stimate in termini di trasferibilità e di adattabilità al diverso contesto.

Il processo conduce per passi successivi verso l'obiettivo di accreditamento e l'obiettivo di certificazione ISO 9001:2000, fino all'individuazione e al trasferimento delle migliori prassi, per l'accREDITAMENTO dell'eccellenza (v. fig. 1).



Il primo ciclo del benchmarking consiste nella autovalutazione da parte delle DMO utilizzando la check-list ANMDO "Check-list requisiti per l'accREDITAMENTO e la certificazione ISO 9001:2000 delle DMO", secondo le istruzioni d'uso allegate alla check-list. La check-list ANMDO comprende i requisiti di accREDITAMENTO definiti dall'ANMDO, i requisiti strutturali del DPR 14.01.97, i requisiti ISO 9001:2000 applicati dall'ANMDO alle DMO. Pertanto la valutazione del grado di soddisfacimento dei requisiti della check-list per mette alla DMO di conseguire sia l'accREDITAMENTO ANMDO sia la certificazione ISO 9001:2000. - La DMO, sulla base dell'analisi comparativa, definirà gli obiettivi futuri espressi mediante i traguardi di punteggio, complessivi e relativi alle categorie di requisiti previste. Tali obiettivi devono interessare un periodo di sei mesi e devono essere chiaramente collegati all'individuazione di azioni correttive e di azioni di miglioramento, definite mediante la puntuale compilazione del modulo ANMDO "Programma di azione correttiva o di miglioramento".

Il secondo ciclo di benchmarking è finalizzato alla verifica dell'efficacia delle azioni intraprese, mediante l'erogazione della checklist e il confronto dei risultati ottenuti rispetto agli obiettivi correttivi e di miglioramento definiti. Il rapporto ANMDO Lazio del secondo ciclo prevede, oltre all'aggiornamento dei diagrammi di posizionamento del primo ciclo, la rappresentazione del posizionamento delle DMO rispetto agli obiettivi definiti. Dall'analisi dei risultati delle azioni intraprese,

le DMO apprendono le azioni efficaci, ai fini della trasferibilità e adattabilità delle azioni. Tali azioni costituiranno una banca dati delle evidenze scientifiche delle azioni. In caso di non raggiungimento degli obiettivi prefissati, la DMO deve riesaminare le azioni correttive e di miglioramento. I risultati di tali riesami e le relative correzioni vanno comunicati all'ANMDO Lazio. I cicli di benchmarking possono continuare seguendo le stesse modalità del secondo ciclo fino al conseguimento dell'accREDITAMENTO e della certificazione ISO 9001:2000. I cicli possono procedere ulteriormente per accompagnare le verifiche di sorveglianza di post-certificazione e di post-accREDITAMENTO, fino al miglioramento continuo e all'eccellenza.

Condizioni per la partecipazione al benchmarking DMO

Domanda di partecipazione al benchmarking - L'adesione alla rete di benchmarking necessita l'impegno della direzione aziendale delle ASL e delle AO di appartenenza della DMO, mediante invio all'ANMDO Lazio della richiesta su modulo ANMDO Lazio. Sul retro del modulo è riportato il presente regolamento, comprese le modalità di pagamento della quota di adesione.

L'ANMDO Lazio si impegna a mantenere l'anonimato delle DMO partecipanti alla rete di benchmarking DMO assegnando alla DMO richiedente un codice che viene comunicato al richiedente e mantenuto segreto nei confronti delle DMO partecipanti alla rete. Tale codice viene utilizzato nelle comunicazioni tra la DMO e l'ANMDO Lazio e nei rapporti di benchmarking. L'ANMDO Lazio invia alla DMO richiedente il codice assegnato, la check-list ANMDO e la relativa istruzione per l'uso.

L'autovalutazione - La DMO è tenuta a realizzare l'autovalutazione utilizzando la check-list ANMDO, entro 15 giorni lavorativi dal ricevimento della check-list stessa.

La check-list deve essere erogata da auditor formalmente nominato dalla DMO e deve essere compilata in ogni sua parte rispettando le relative istruzioni per l'uso.

La DMO deve inviare ad ANMDO Lazio, nei termini previsti, via e-mail, il file excel della check-list compilata.

L'audit di sorveglianza - La DMO aderente alla rete di benchmarking deve essere disponibile a ricevere un audit (audit di sorveglianza), con preavviso di sette giorni lavorativi, da parte di un auditor appartenente al "Registro ANMDO degli auditor sistemi di gestione delle strutture sanitarie".

L'audit di sorveglianza è tenuto utilizzando la check-list ANMDO e ha lo scopo di verificare la corretta applicazione della stessa nell'audit di autovalutazione.

A seguito dell'audit di sorveglianza, i risultati della check-list precedentemente ottenuti dall'autovalutazione verranno riesaminati rispetto ad eventuali divari e corretti in accordo con il rappresentante della DMO.

Ogni anno, deve essere richiesta all'ANMDO Lazio la conferma di partecipazione al benchmarking DMO con versamento della relativa quota.

Campi di sviluppo verso l'eccellenza:

Aumentare la conoscenza ed il coinvolgimento del personale relativamente a questa tematica e svilupparne la consapevolezza e la capacità di intervenire sempre più direttamente nei processi e nell'uso di questi strumenti.

Sviluppare la misurazione inserendo indicatori di processo, di prestazione, di sistema ed integrandoli con l'attività di riesame della direzione strategica e con la successiva gestione del miglioramento.



QUALITÀ DELL'ACQUA IN SANITÀ: UN FATTORE IMPORTANTE
A Chieti una giornata di studio sulla qualità delle acque nelle strutture sanitarie.

La qualità delle acque e le possibili infezioni veicolate attraverso la rete idrica ospedaliera è da tempo fra gli argomenti di attenzione da parte dell'ANMDO. L'11 novembre, si è svolta a Chieti - presso la nuovissima sede dell'Università - la Giornata di studio promossa dall'ANMDO dal titolo "Qualità dell'acqua, prevenzione e protezione nelle strutture sanitarie".

Essenziale nel funzionamento delle strutture sanitarie, l'acqua risulta ancora fonte grave di infezioni in particolare per i pazienti ricoverati nei reparti a rischio, come già emerso in altri incontri dell'associazione. L'attenzione si focalizza ora sulle problematiche connesse ai patogeni nelle risorse idriche potabilizzate delle strutture ospedaliere, che non si esauriscono nel controllo della più conosciuta Legionella, e sugli aggiornamenti dei metodi di prevenzione di possibili epidemie. Da qui l'importanza di trattare in modo approfondito gli aspetti legislativi, riguardanti normative e linee guida nazionali e comunitarie, le implicazioni medico-legali e le soluzioni gestionali - in particolare le tecnologie impiantistiche.

Ha aperto i lavori della giornata di studio la lezione magistrale del Prof. **Enrico Geraci**, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, dal titolo "Qualità delle acque in ambiente sanitario". A seguire, l'intervento del Prof. **Gaetano Pier Paolo Privitera**, dell'Istituto di Igiene, Unità Operativa di Igiene, Azienda Ospedaliera Universitaria di Pisa, che ha fatto una panoramica della Normativa Nazionale ed ha approfondito il confronto fra le Linee guida dei diversi Paesi della Comunità europea.

Da segnalare la relazione dell'ingegner **Marco Scuri** dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano, che ha sottolineato i punti critici dell'impiantistica strutturale e illustrato la progettazione di qualità. L'importanza del ruolo del Comitato ospedaliero delle infezioni, è stata affrontata nell'ultimo intervento della sessione mattutina da parte del dott. **Fulvio Manfredi Selvaggi** e del dott. **Fernando Sanfrancesco**.

L'attenzione per alcuni reparti in cui sono ricoverati i pazienti più a rischio - in particolare quelli sottoposti a specifiche procedure diagnostico-terapeutiche o immunocompromessi - è stato l'argomento della Tavola rotonda, che si è tenuta nel pomeriggio, dal titolo "L'acqua quale potenziale di rischio in alcune aree ospedaliere: **Dialisi, Neonatologia, Oncoematologia, Terapia Intensiva**" che ha visto a dibattito alcuni medici ed esperti di soluzioni tecnologiche ed impianti. L'individuazione dei reparti più a rischio, infatti, è fondamentale nella corretta gestione e consente di attuare una corretta politica di prevenzione con l'applicazione di protocolli operativi di intervento e prevenzione.

ECCO GLI ARREDI PENSATI PER L'IGIENE

GesGroup presenta una linea di arredi pensati e realizzati per la prevenzione igienica degli ambienti sanitari.

A seguito di un'analisi dettagliata delle condizioni di rischio ambientale in luoghi quali gli spogliatoi di strutture sanitarie, GesGroup ha studiato e realizzato una linea di arredi per la prevenzione igienica in questi ambienti,

con l'obiettivo di evitare che gli stessi arredi possano rappresentare una fonte di rischio di contaminazione microbiologica, senza però indurre problemi manutentivi e gestionali. Questi i requisiti che tali arredi devono assolvere secondo l'analisi condotta: **design accattivante e funzionale; semplicità di forme e costruttiva; riduzione di spigolature, angoli morti e zone inaccessibili; scelta accurata del materiale di base (HPL certificato e testato anche biochimicamente); abolizione di componenti metalliche all'interno e di cerniere metalliche a vista o a contatto; riduzione degli ostacoli interni; planarietà alla struttura portante della maggior parte dei componenti d'assemblaggio; impiego dei migliori polimeri plastici, as-**

solutamente inerti sotto il profilo igienico-sanitario, per la componentistica; utilizzo solo di alluminio testato, inerte e certificato per le parti strutturali portanti; corretta aerazione interna; semplicità di montaggio e manutenzione; rispondenza alle norme vigenti.

E' stato inoltre sviluppato un apposito protocollo manutentivo sui singoli materiali e sull'assemblaggio, basato su una serie di test sperimentali effettuati in laboratori di ricerca. Ad esempio, seguendo il protocollo nel caso degli armadietti, il tempo necessario alla pulizia interna ed esterna degli stessi si riduce di circa un terzo, e le operazioni necessarie si semplificano, con un rendimento positivo di circa il 50%. Tutto ciò, se da un lato garantisce la massima affidabilità igienica, dall'altro rappresenta un indubbio vantaggio economico.

info@gesgroup.it - www.gesgroup.it



*Finalmente la risposta
al rischio biologico*

NAC300SV

*Scientificamente testati
superano la prova
di resistenza*

*al batteriofago
PHIx174*



Vacatur
International
Import Export s.r.l.

Strada della Marina 1/16
00012 Cassino di Sempellato (RM) Italy
TEL: 0721 933 964 - FAX: 0721 933 681
E-mail: vacatur@libero.it

GLI ENZIMI NELLA DISINFEZIONE

Mondial presenta una linea di detergenti enzimatici: coadiuvanti indispensabili nella disinfezione dello strumentario chirurgico.

Come è noto, gli enzimi rappresentano molecole "catalizzanti" l'idrolisi delle macromolecole proteiche, lipidiche ed amido-cellulosiche, ed è proprio per questa loro funzione che da tempo vengono impiegati nel lavaggio delle superfici. Sviluppati in origine per il settore tessile, hanno assunto in seguito un'importanza sempre maggiore anche nella decontaminazione delle superfici di strumentario chirurgico. L'eliminazione di ogni residuo proteico, ad esempio, è indispensabile per evitare fenomeni di polimerizzazione e filmazione con le aldeidi sulle superfici degli strumenti, e ciò è possibile non solo avvalendo-



si dei tensioattivi, ma anche impiegando specifici enzimi proteolitici che intervenendo a livello di legami peptidici "spezzano" la proteina in molecole più piccole, solubili e facilmente allontanabili. La Mondial annovera tra i suoi prodotti una gamma di dispositivi enzimatici idonei all'impiego sia manuale che con l'ausilio di macchine per la completa decontaminazione delle superfici di strumenti chirurgici da sottoporre in particolare a successiva sterilizzazione chimica.

Sono infatti gli strumenti non autoclavabili ad abbisognare di maggiore attenzione nella fase di "pulizia", considerata la notevole sensibilità delle soluzioni disinfettanti, come aldeidi e perossidi, generalmente impiegate su fibroscopi, su sonde di trasduttori e su altre apparecchiature strumentali.

info@mondialprod.it
www.mondialprod.it

UN NUOVO SISTEMA CONTRO LA LEGIONELLA

La Pall ha ricevuto un importante Parere Tecnico del Ministero della Salute sull'uso del sistema di filtri posti ai punti distali degli impianti della rete idrica nel controllo e prevenzione della legionellosi.

La Pall ha recentemente ricevuto un importante Parere Tecnico richiesto al Ministero della Salute circa l'impiego dei filtri posti ai punti distali degli impianti della rete idrica quale strumento per il contenimento della legionellosi. "Il controllo e la prevenzione della legionellosi attraverso la bonifica degli impianti idrici - si legge nel Parere emesso l'11 ottobre 2005 dall'Ufficio V / Malattie Infettive e Profilassi Internazionale della Direzione Ge-

nerale della Prevenzione Sanitaria, attiva in seno al Ministero della Salute - è una materia molto complessa, oggetto da tempo dell'attenzione di molti ricercatori che ancora non sono riusciti ad individuare dei sistemi in grado di eradicare a lungo termine tale legionella da un impianto idrico o dai sistemi di condizionamento. Nelle linee guida per il controllo e la prevenzione della legionellosi, del maggio 2000, vengono consigliati alcuni sistemi di bonifica, come l'innalzamento termico e l'iperclorazione o clorazione continua delle acque; negli ultimi anni, diverse pubblicazioni hanno evidenziato la validità di altri sistemi (perossido di idrogeno argento, ionizzazione rame-argento, etc.), il cui utilizzo non era contemplato nelle linee guida in quanto la verifica della loro efficacia era in corso. [...] Negli ultimi anni è stata valutata l'efficacia anche dei filtri posti ai punti distali degli impianti. Tali sistemi per il contenimento meccanico della legionella s.p.p. si sono rivelati efficaci. Per tutto quanto sopra, e visto il parere espresso dall'Istituto Superiore di Sanità, si può affermare che i filtri, per i quali è stato richiesto allo scrivente ufficio parere tecnico, possono essere considerati sistemi in grado di contenere la contaminazione da legionella, secondo le indicazioni stabilite dalle correnti linee guida italiane".

Cinzia_Quarti@europe.pall.com
www.pall.com



MANUTENZIONE VUOL DIRE SICUREZZA

La messa a norma, controllo e manutenzione degli impianti ospedalieri di porte automatiche. Ecco quanto offerto da Ponzi, in grado di offrire un servizio davvero vincente.



intervento e i diversi tipi di contratto di manutenzione sono le ragioni vincenti del PONZI SERVICE, coordinato dall'ufficio post-vendita della sede centrale di Bagnara di Romagna.

L'intervento è risolutivo alla prima chiamata grazie agli appositi furgoni, vere officine mobili, completi di attrezzature specialistiche e ricambi originali e, alla rete di manutentori altamente specializzati operativi anche all'estero. Diagnosticare il problema a priori, controllare i vari componenti del sistema della porta, automatismo e telai, verificare la rispondenza degli ingressi automatici alle normative di sicurezza ed intervenire con velocità ed urgenza alla riparazione e manutenzione delle porte dei teatri operatori e degli ingressi, sono i punti chiave del servizio di assistenza Ponzi che agisce con professionalità ed esperienza.

ponzi@ponzi-in.it
www.ponzi-in.it

Tutte le strutture ospedaliere hanno installato porte automatiche per l'ingresso principale, l'entrata al pronto soccorso e ai reparti, gli accessi dei teatri operatori. La grande maggioranza di queste strutture ha avuto, nel corso di questi anni, diverse forniture con differenti tipologie di porte automatiche. La gran parte delle installazioni automatiche non è a norma perché i piccoli fornitori sono ignari delle regole e delle certificazioni di queste direttive. Tutti gli impianti di porte automatiche devono sottostare alle normative del DPR 459/96 che segnala che gli impianti sono da ritenersi macchine a tutti gli effetti e necessitano di controlli periodici, che vanno documentati nell'apposito Registro delle Manutenzioni. Più marcatamente, gli ingressi automatici inseriti nei piani di via di fuga e di sicurezza dei fabbricati devono sottostare anche al D.Lgs. 626/94 Art. 3 e successivo DPR 37/98, che introducono l'obbligo della manutenzione programmata nelle attività soggette ai controlli di prevenzione incendi. Il sicuro utilizzo delle vie di uscita", con riferimento anche alle porte automatiche, è al primo posto tra le misure di protezione raccomandate. L'ospedale in qualità di Conduttore/Proprietario è l'unico responsabile in caso di incuria e di eventuale incidente, ed è obbligato dalla Direttiva Macchine a mantenere l'impianto in perfetta efficienza mediante la manutenzione periodica effettuata da personale esperto ed autorizzato La Ponzi nel suo programma di porte ospedaliere ha attivato un apposito servizio di manutenzione con proprie strutture dalle sedi operative di Milano, Roma, Pescara Bagnara di Romagna e con una rete propria di collaboratori diffusi su tutto il territorio nazionale. Differenti formule di contratto di assistenza e di pronto intervento, rispondono alle differenti esigenze ospedaliere. La riconosciuta professionalità, la capacità di operare nella riparazione o sostituzioni di telai di porte, unita alla conoscenza delle principali automazioni esistenti sul mercato, portano Ponzi ad estendere tale servizio anche a porte automatiche già esistenti per le quali occorra un servizio manutentivo o una revisione. Particolare attenzione è posta all'adeguamento di impianti esistenti alle vigenti normative, con la stesura del Fascicolo Tecnico e la messa a norma dei registri della manutenzione. La capillarità dei centri regionali di assistenza specializzata ed esclusiva, la rapidità di

MANUTENZIONE E SICUREZZA NELLE PORTE OSPEDALIERE

Messa a norma, controllo e manutenzione degli impianti ospedalieri di porte automatiche secondo DPR 459/96 e Direttiva Macchine





PONZI

PORTE OSPEDALIERE

Porte automatiche a innalzamento a tirante per ingressi ospedalieri
 Porte automatiche a innalzamento a tirante per ingressi ospedalieri
 Porte automatiche a innalzamento a tirante per ingressi ospedalieri

PONZI + Hospital Milano ☎ 02 8394231 fax 02 89422342
 Bagnara di Romagna - Ra ☎ 0545 76009 fax 0545 76827
 www.ponzi-in.it ponzi@ponzi-in.it



QUALITÀ E SICUREZZA NELL'ARIA

Aimova presenta un sistema centralizzato per il monitoraggio della qualità dell'aria nei blocchi operatori.

Dal punto di vista igienico-sanitario, il problema dell'inquinamento indoor ha assunto un notevole rilievo sia in termini di impatto della qualità stessa dell'aria sulla salute della popolazione, sia per le implicazioni tecniche progettuali degli edifici. In ambito sanitario particolare attenzione è stata rivolta a quei siti ove il livello di rischio ambientale può minare la salute degli operatori sanitari e dei pazienti; tra questi, esempi emblematici sono le Sale Operatorie. Tra i sistemi e gli impianti presenti in un ospedale, assume grande importanza (ai fini del microclima termoigrometrico e della depurazione dell'aria dagli odori, dai vapori, dagli inquinanti gassosi, dalle impurità solide e/o particellari) l'impianto di ventilazione.

I possibili rischi derivanti da un impianto di climatizzazione inefficiente possono essere distinti in fisico, chimico, microbiologico. Dopo numerosi anni di ricerche scienziati ed esperti di settore hanno individuato, tra le cause responsabili della qualità dell'aria nelle sale operatorie, le seguenti:

- L'efficienza di ventilazione
- La filtrazione dell'aria immessa
- La gestione e la manutenzione degli impianti
- Il comportamento del personale

Partendo dal presupposto che le operazioni di manutenzione ed il comportamento del personale concorrono, nella maggior parte dei casi, a modificare gli standard ottimali legati all'asepsi nelle sale operatorie, è opportuno altresì analizzare tutti i fattori che influenzano lo stato di salute e sicurezza di operatori e pazienti. A fronte della volontà di realizzare o ristrutturare le sale operatorie, è necessario prevedere in maniera sincrona ed integrata vari livelli di intervento; in quest'ottica, è particolarmente importante passare dai controlli periodici, puntuali ed occasionali, ad un monitoraggio in continuo (h24/365gg) della qualità dell'aria, con valutazione com-

pletiva e contemporanea di: efficacia della ventilazione - livello di pressione differenziale - livelli di concentrazione delle particelle - li-

velli di carica microbica - livelli di concentrazione di contaminanti chimici.

È necessario, insomma, superare l'ormai inadeguata impostazione di controlli periodici e puntiformi, seppure programmati, che non offrono garanzie di conoscere l'effettivo stato della qualità dell'aria e non permettono alcun pronto intervento, con passaggio ad un sistema di monitoraggio in continuo della qualità dell'aria (H24/365gg/anno): gas, vapori, polveri, pressione differenziale e studio della ventilazione e del livello di carica microbica. La soluzione innovativa consiste in un Sistema Centralizzato di Monitoraggio della Qualità dell'Aria che nasce dalla fase di studio e verifica del binomio: Architettura e Geometria del Blocco Operatorio, Sistema impiantistico adottato. Il Sistema consente di:

1. Verificare quotidianamente le prestazioni dichiarate in fase di progetto e di collaudo del sistema impiantistico del gruppo operatorio.
2. Salvaguardare la sicurezza del paziente, garantendo, mediante monitoraggio costante, la asepsi dell'isola chirurgica per tutta la durata della seduta operatoria.
3. Salvaguardare la sicurezza degli operatori, garantendo, mediante documentazione costantemente aggiornata, la salubrità dell'ambiente di lavoro controllando l'indice di rischio a cui sono giornalmente esposti.

Grazie alla dinamicità del pacchetto Software è inoltre possibile integrare il Sistema di Monitoraggio a quello di Supervisione dell'edificio, remotizzando i segnali in stazioni operative di controllo fisse e mobili, in modo da permettere la visualizzazione delle criticità e guidare le fasi seguenti di intervento e ripristino da parte degli organi preposti.

m.zotti@aimova.it - www.aimova.it

UN SOLO INTERLOCUTORE, MOLTISSIMI VANTAGGI

Tutti i vantaggi di un partner unico e di una qualità a prova di certificazione.

Grazie a 50 anni di presenza costante nel mondo dell'igiene Lidimed oggi si presenta come interlocutore unico per soddisfare ogni esigenza della sala operatoria collegata al mondo della sterilizzazione e dell'igiene. I prodotti: in sinergia costante con l'attività di noleggio e gestione del pulito che fa capo al marchio Lidi Service, Lidimed offre un efficace servizio di sterilizzazione di camici e teli in materiali altamente tecnologici, assicurando un effetto barriera nel

rispetto della UNI EN 13795 unitamente ad un ineguagliabile comfort prestazionale.

Sicuro, economico ed ecologico, il servizio Lidimed è la risposta più efficace nella prevenzione delle infezioni in sala operatoria: garantisce il riutilizzo dei materiali, consentendo così una minor produzione di rifiuti ospedalieri.

I servizi: in partnership con i principali produttori di Medical Devices, Lidimed fornisce tutti gli accessori sterili per la copertura completa del campo operatorio e dell'intervento chirurgico.

Insomma, un unico interlocutore per molti vantaggi:

- Un unico ordine di fornitura,

- Una consegna diretta fino in sala operatoria
- Una gestione unica ed informatizzata delle scorte
- Un servizio di logistica personalizzato nei tempi e nei modi di consegna
- Una presenza costante in sala operatoria
- Un unico sistema di tracciabilità dei lotti

Una solida esperienza nel mondo dell'igiene ed una gestione efficiente, completamente informatizzata, consentono oggi a Lidimed di essere il partner unico e risolutivo per ogni esigenza della sala operatoria.

info@lidiservice.it
www.lidimed.com

III pteexpo '06

6ª FIERA E CONGRESSO
Tecnologie, Prodotti e Servizi per la TERZA ETÀ



Verona, 21-23 Marzo 2006

nursing '06

2ª FIERA E CONGRESSO
Assistenza e Cura per le fragilità



Numerosi Corsi e Convegni arricchiscono e integrano la rassegna espositiva su temi relativi all'assistenza infermieristica, management sanitario, progettazione, pulizia e sanificazione.

Per informazioni e iscrizioni:
www.finmark-congress.it

UN LETTORE RIVOLUZIONARIO

Il rivoluzionario lettore miniaturizzato specificatamente progettato per le esigenze del settore della clinica diagnostica.

Microscan, azienda fondata nel 1983 e ormai divenuta una realtà di riferimento nel campo dei lettori di codici a barre integrati nella strumentazione clinica, presenta ora sul mercato il lettore miniaturizzato MS-4, il più piccolo lettore ad alta risoluzione del mondo in grado di leggere sia i codici a barre lineari che i codici 2D (quale il PDF417), il Data Matrix e la RSS/Composite Symbology. Il formato ultracompatto del MS-4 (cm. 4,572 di larghezza x 2,54 di altezza x 5,334 di spessore e un peso inferiore ai 50 gr.), unito a un'ottica ad alta risoluzione, consente di avere la finestra di scansione più larga possibile, consentendo così la lettura a distanza ravvicinata di qualsiasi codice. L'MS-4 va ad ampliare la capacità di lettura di codici 2D dell'attuale linea di prodotti Microscan per quanto riguarda il settore dei piccoli lettori di codici a barre per le applicazioni OEM integrate.

"Finalmente appare sul mercato un lettore 2D ad alta risoluzione abbastanza piccolo da poter essere integrato all'interno di uno strumento clinico," ha dichiarato Andy Zosel, responsabile della divisione prodotti embedded di Microscan.

"Grazie all'utilizzo del MS-4, i fornitori potranno trarre il massimo vantaggio connesso alla consistente capienza di dati dei codici Data Matrix ad alta densità, inserendo direttamente la documentazione in codice del reagente che, secondo la regolamentazione FDA, deve essere presente sull'involucro stesso. Grazie all'utilizzo di MS-4 per la lettura dei codici Data Matrix i produttori potranno soddisfare la richiesta FDA senza esser più costretti a inviare un apposito e specifico CD per ogni reagente. Allo stesso tempo, beneficeranno di un ulteriore vantaggio di automizzazione rappresentato dal poter avere tutte le informazioni direttamente sul reagente."

Grazie a un campo visivo particolarmente ampio e agli algoritmi proprietari, l' MS-4 legge in modalità omnidirezionale sia i codici a barre più lunghi del comune che i simboli 2D ad alta densità. La facilità d'utilizzo è garantita dalla modalità auto-focus, dal setup dei pulsanti EZ e dall'indicatore a luce verde di buona lettura. L'output personalizzabile dei dati e l'interfacciabilità con Windows fa sì che il lettore di codice a barre possa venir facilmente integrato nelle attuali piattaforme di funzionamento con una programmazione minima.

Grazie alle sue caratteristiche di completa adattabilità e flessibilità, la serie MS-4 può essere facilmente integrata nei diversi strumenti a livello di progettazione o aggiunta a produzione già iniziata.

www.microscan.com
ogami@ogami.it www.ogami.it



MIGLIORARE LA COMUNICAZIONE, AUMENTARE L'EFFICIENZA

Per migliorare i flussi di comunicazione all'interno delle strutture sanitarie, Ascom WS propone un sistema affidabile, funzionale e innovativo.

Migliorare la comunicazione ed aumentare l'efficienza: da questi obiettivi nascono i prodotti per il settore ospedaliero studiati da Ascom Wireless Solutions, società svedese che, forte dell'esperienza maturata in ambito industriale e manifatturiero, propone 5 moduli dedicati alla sanità: Hentmax, Rismax, Lismax, Medamax e Teqmax. Il primo, in particolare, è un sistema di comunicazione wireless on-site dedicato al personale che si occupa dell'assistenza quotidiana ai pazienti. Oltre ai pazienti stessi, i principali beneficiari del sistema Hentmax sono quindi gli inservienti, il personale amministrativo e, naturalmente, il personale di reparto. Sfruttando una sapiente interazione fra terminali wireless DECT, palmari, PC e dispositivi di allarme, il sistema è in grado di apportare sensibili miglioramenti al flusso comunicativo tra pazienti e medici curanti, ma anche tra gli stessi reparti degli ospedali. Hentmax consente infatti di gestire tutte le informazioni in modo estremamente rapido, eliminando inconvenienti che possono risultare critici soprattutto all'interno di ambienti come le strutture sanitarie. Con molti vantag-

gi, soprattutto per i pazienti. Quanto al personale medico, grazie agli appositi terminali DECT di Ascom WS, può ricevere le informazioni urgenti direttamente nella propria tasca (in forma di allarme, testo, voce o dati), provenienti da colleghi, pazienti, apparecchiature mediche o computer. Il risultato è quello di una pianificazione più efficace, di una migliore gestione delle risorse e di un'organizzazione più sensibile ed agile. Ascom WS pone grande attenzione nella realizzazione delle varie componenti del sistema, e ne garantisce il funzionamento anche nelle condizioni più difficili. I prodotti possono essere utilizzati in qualsiasi ambiente e assicurano sempre una perfetta ricezione, anche in ambienti sotterranei. Tutti i portatili Ascom sono conformi alle principali norme di sicurezza e si rivelano resistenti all'urto, alla polvere e all'acqua. Sono steriliz-



zabili e non interferiscono con il funzionamento delle apparecchiature mediche. Le soluzioni Ascom WS sono commercializzate in Italia da Exhibo SpA, azienda con sede a Monza in grado di offrire una qualificata consulenza e un servizio completo di installazione, attivazione e manutenzione del sistema.
www.atlantis-pr.com
www.exhibo.it



LA QUALITA'... ENTRA DALLA PORTA PRINCIPALE

Pareti divisorie in laminato stratificato per box wc, box doccia, cabine e locali spogliatoio.



Orientamento costante nella progettazione di ogni moderna struttura ospedaliera è quello di sostituire le soluzioni tradizionali con scelte innovative ed avanzate che consentano da una parte una riduzione dei costi e dall'altra un miglioramento delle condizioni d'uso, di pulizia e di igienizzazione. In questa ottica la parete divisoria prefabbricata in laminato massello HPL (HIGH PRESSURE LAMINATED) entra dalla porta principale. Infatti nelle aree di servizio degli ospedali e delle case di cura si assiste alla progressiva sostituzione delle tradizionali pareti divisorie per box wc e doccia in muratura e piastrelle con pannellature prefabbricate. Patentverwag Italia, azienda leader in questo settore di mercato dal lontano 1980, ha pienamente colto le potenzialità di questo innovativo "sistema" creando due linee alternative, la "linea SX" e la linea "Kit Aluminium", due linee che si distinguono per l'uso di acciaio inox per la prima e di alluminio e nylon per la seconda per quanto attiene gli elementi di assemblaggio. I vantaggi di queste nuove tecniche risolutive del problema "pareti divisorie" si possono riassumere in: economicità, igiene, estetica e durata.

Economicità: i due sistemi alternativi consentono di suddividere gli spazi (box doccia, box wc, cabine) in tempi brevissimi e con costi molto inferiori a quelli propri delle murature che implicano rivestimenti, controtelai per porte e relativa posa in opera.

Igiene: pareti lavabili e disinfettabili, sospese da terra su piedini regolabili in acciaio inox o in alluminio anodizzato, senza asperità superficiali, fughe di piastrelle, zoccolini a terra e recessi difficilmente pulibili.

Estetica: l'integrazione tra pareti e porte implica una superficie continua, dalle medesime tonalità cromatiche: sono scomparse le cornici delle porte, le irregolarità della posa delle piastrelle, le fughe delle stesse soggette ad accumulare sporcizia.

Durata: non si avranno distacchi di telai, di zoccolini, di piastrelle, di intonaci, né incrinature. Le pareti divisorie serie SX e serie Aluminium sono infatti caratterizzate dall'assemblaggio di pannelli monolitici di laminato stratificato massello HPL da mm. 14 di spessore. Gli elementi di assemblaggio sono in acciaio inox per la serie SX e in alluminio anodizzato per la nuova serie Aluminium. Le due linee sono costruite nel rispetto delle più severe normative europee in fatto di sicurezza. Il laminato HPL che costituisce i pannelli è "il materiale" per eccellenza in quanto resiste ad umidità, lavaggi, graffiature, sollecitazioni vandaliche ed è disponibile in una infinita gamma di colori e di finiture superficiali.

info@patentverwag.it - www.patentverwag.it



Caso Karrel: ma i visto nulla di simile..



Karrel

Via S. M. Ferraria 20/10
40138 Bologna B. I. Tel. 051/2641111
Fax 051/2641111 - Telex 320222 KITA I
www.karrel.it - karrel@karrel.it



COME PROGETTARE PER LA SANITA'
Il libro di Valerio Cammarata "Tecnica Ospedaliera ed Edilizia Sanitaria" tratta sistematicamente i principali argomenti inerenti un lavoro difficile e stimolante come quello di chi progetta per la sanità.

Senza dubbio progettare per la sanità è una delle attività professionali più stimolanti, in quanto offre l'opportunità concreta di incidere positivamente su una realtà finalizzata all'aiuto verso il prossimo. Tra le tipologie edilizie i luoghi della sanità, sia essa pubblica o privata, sono indubbiamente quelli più "complessi" e più carichi di "responsabilità". Quest'ultima risiede soprattutto nel fatto che essi sono i luoghi in cui si "rigenera" la salute. Purtroppo, tuttavia, l'edilizia sanitaria manterrà la sua connotazione fortemente tipizzata e involuta se si continuerà ancora ad intenderla in una visione veterogestionale. Il corpus legislativo variegato ed eterogeneo rende il compito degli operatori della sanità piuttosto delicato e complesso, ma non per questo meno gratificante e coinvolgente. Da tutte queste considerazioni prende le mosse il libro di Valerio Cammarata, intitolato "Tecnica Ospedaliera ed Edilizia Sanitaria", ed edito da Legislazione Tecnica srl (prezzo euro 30). Il testo riordina il quadro generale dei principali parametri da cui è impossibile prescindere nell'approccio all'edilizia sanitaria, e propone l'esposizione ed il commento delle norme di legge che è necessario conoscere per un sicuro orientamento e per un più consapevole ruolo in positivo. Fra gli argomenti trattati spiccano architettura ospedaliera, parametri ambientali, antincendio, impianti tecnici, igiene, rifiuti ospedalieri, climatizzazione e soluzioni applicative per ambulatori, area di emergenza, reparti operatori, degenze. La completa appendice contiene un regesto normativo, un glossario dei termini tecnici e un elenco delle apparecchiature. L'autore, architetto, è da oltre vent'anni componente del servizio tecnico dell'ARNAS "Civico e Benfratelli" di Palermo.

www.legislazionetecnica.it

IL CONNUBIO VIRTUOSO TRA TLC E SANITA'

La XII edizione di SAT Expo - conclusasi il 1 ottobre scorso - ha visto l'esordio di un'area promettente e a forte specializzazione tecnologica come quella di MEDMATIC@, che ha riunito le migliori

aziende italiane coinvolte nelle applicazioni di progetti di Telemedicina e di Informatica medica.

L'affluenza al salone di MEDMATIC@ è stata tra tutte quelle di SAT Expo molto numerosa (1025 visitatori professionali, provenienti non solo dall'Italia ma an-



che da Arabia Saudita, Canada, Corea del Nord e Corea del Sud, Francia, Germania, Gran Bretagna, Olanda, Sri Lanka, Svizzera), come anche la presenza ai convegni, alcuni dei quali hanno goduto dell'accredito ECM, riconosciuto dal Ministero della Sanità.

Ha quindi superato il battesimo il primo Salone italiano dedicato alla telemedicina, che ha trovato giusta collocazione, all'interno della più conosciuta fiera nazionale di settore per quanto riguarda le telecomunicazioni avanzate, qual è SAT Expo. Durante gli incontri si è parlato di interoperabilità tra i sistemi informatici applicati alla Sanità, di progetti già avviati per l'implementazione di una rete sanitaria coerente con le indicazioni della UE e che prevede anche la costruzione dell'architettura della cartella clinica digitale, che seguirà continuamente il cittadino in tutti i suoi spostamenti e che permetterà a tutti gli specialisti di potervi accedere, da qualunque luogo ed in qualunque momento. "Le applicazioni promesse dalla Telemedicina sono molteplici e rilevanti - afferma Giampaolo Stopazzolo, presidente di MEDMATIC@ - non solo per quanto concerne la gestione di aziende a forte complessità come quelle sanitarie, ma anche per aziende che disegnano il volto e il perimetro di azione di una struttura sanitaria in cui si potrà avere una riduzione di almeno il 30% dei costi di gestione. Inoltre - prosegue Stopazzolo - l'assistenza

domiciliare, svolta con l'ausilio delle TLC avanzate, consentirà la realizzazione di una Sanità dal "tocco dolce", che potrà garantire il monitoraggio continuo e l'assistenza, in tempo reale, da parte degli specialisti medici, con conseguenze rilevanti per il paziente". Infatti, come provato da studi recenti - ed è stata questa una tra le comunicazioni più importanti raccolte durante i convegni di MEDMATIC@ - è stata accertata l'influenza positiva che le soluzioni di Telemedicina possono avere sul decorso della malattia. Durante il Salone sono state presentate anche assolute novità a livello mondiale, come quella della trasmissione in 3D applicata agli interventi chirurgici, che permette di operare con l'ausilio di una definizione a video assai prossima alla realtà, e che potrà consentire in un futuro, ormai prossimo, attraverso l'utilizzo della trasmissione satellitare, di ridurre non solo il Digital Divide, ma di progettare interventi chirurgici in teleassistenza tra località anche molto distanti e intercontinentali. "MEDMATIC@ - conclude Stopazzolo - già al suo nascere ha manifestato un'identità forte, sostenuta dalla presenza di aziende specializzate e note nel panorama italiano e internazionale. Ma c'è di più, MEDMATIC@ si è rivelata come uno dei portali più importanti nel territorio italiano per un dialogo fattivo e concreto con la P.A., impegnata a garantire nel territorio la maggiore efficienza di strutture strategiche come quella sanitaria".

SOLUZIONI DAL PROFONDO NORD

Comesa commercializza in Italia una nuova gamma di articoli medicali prodotti da Merivaara, azienda di successo in Scandinavia.

COMESA Sistemi Medicali commercializza in esclusiva sul territorio italiano una nuova gamma di articoli sanitari, tutti certificati, garantiti 36 mesi, progettati e prodotti da Merivaara, azienda leader sul mercato scandinavo.

La linea Merivaara comprende diversi modelli di letti e barelle per la degenza e il trasporto pazienti. Adatto, è un letto degenza a 4 sezioni di ultima generazione.

La regolazione dell'altezza è elettroidraulica. Il piano schiena, con scorrimento e sollevamento ergonomici, può essere azionato elettricamente o da una molla a gas. La regolazione del piano gambe, diviso nelle 2 sezioni: superiore e inferiore, avviene con modalità distinte. La sezione superiore è controllata elettricamente o da una molla a gas, la sezione inferiore ha comando manuale, assistito da una molla a gas. Le funzioni trendelenburg e anti-trendelenburg sono azionate manualmente e assistite da una molla a gas. Il design avanzato e funzionale assicura il massimo comfort e un'ottima stabilità del paziente durante le regolazioni delle diverse sezioni. Il piano rete ha struttura traforata in ABS per favorire una buona areazione tra il letto e il materasso. La portata massima di 225 Kg è al top della categoria. Grazie alla va-

sta dotazione di accessori disponibili si presta ad essere usato per lungo degenze e degenze di terapia intensiva.

Futura Nova è una linea di letti estremamente funzionale e versatile in grado di soddisfare diverse esigenze. Include il modello elettrico Futura Nova per reparti degenza, Futura Nova JUNIOR per i piccoli pazienti dei reparti di pediatria e Futura Nova ICU per reparti di terapia intensiva,



semi intensiva e Utic. Il telaio a 4 sezioni assicura ampia versatilità di movimento in tutti i modelli. Futura Nova, Futura Nova Junior e Futura Nova Icu hanno regolazioni elettriche in tutte le sezioni, mentre le funzioni trendelenburg e anti-trendelenburg sono azionate manualmente tramite leva di comando.

La base del letto in tutti i modelli ha telaio radiotrasparente per non ostacolare l'utilizzo di apparecchiature radiologiche, con sezioni realizzate in laminato plastico o in ABS. Nelle versioni per adulti e per terapia intensiva il letto è completo del sistema materasso anti-decubito Nova Sensiva, integrato nel telaio, che assicura il massimo comfort e benessere al paziente durante tutte le

procedure di assistenza, senza ostruire le apparecchiature radiologiche.

Le eccellenti proprietà di spostamento rendono i modelli Futura Nova particolarmente adatti per il trasferimento dei pazienti da un reparto all'altro. Futura Nova e Futura Nova JUNIOR in particolare hanno ruote molto resistenti all'usura che, grazie alla loro capacità di scorrere in modo liscio e uniforme, scivolano e piroettano facilmente in spazi ristretti. Le ruote sono dotate di un sistema frenante centralizzato con ruote direzionali controllate da un comodo pedale.

Futura Nova Icu ha una straordinaria manovrabilità. La struttura particolarmente ergonomica consente un facile accesso allo staff medico e un ottimo comfort al paziente. Tutte le funzioni e le regolazioni sono sicure e facili da usare. La base del materasso ha movimentazione precise e silenziose.



La linea di barelle speciali per trasporto pazienti comprende modelli ergonomici e confortevoli sia per il trasporto sia per l'utilizzo in aree critiche (pronto soccorso, ambulatori, sala operatoria, unità spinale). Emergo è la barella di pun-

ta, ha un design avanzato ed ergonomico, confortevole per il paziente e per il personale medico e paramedico. La base a 2 o 3 sezioni può avere il telaio radiotrasparente per consentire l'utilizzo di apparecchiature diagnostiche a raggi X. Ha movimentazione trendelenburg e anti-trendelenburg, regolazione dell'altezza, del piano schiena e gambe. La sua struttura modulare consente l'equipaggiamento al bisogno con un'ampia dotazione di accessori.

L'eccellente manovrabilità e le dimensioni compatibili con ogni ambiente operativo consentono trasferimenti rapidi e sicuri per il paziente.

Con la quinta ruota direzionale lo spostamento della barella in spazi ristretti è ancora più maneggevole. Tutte le regolazioni di Emergo sono state progettate per essere facilmente accessibili soprattutto nelle situazioni di emergenza, per rendere la barella realmente "custom made". La versatilità e la completezza di accessori rendono la barella Emergo adatta anche ad essere utilizzata come lettino per piccola chirurgia di emergenza e trattamenti terapeutici.

Tutti i prodotti Merivaara hanno colori gradevoli, bordi arrotondati e materiali confortevoli, rispondono perfettamente agli idonei requisiti di qualità e sicurezza richiesti alle apparecchiature elettromedicali.

Le caratteristiche funzionali e la facilità di aggiornamento assicurano la durevolezza nel tempo.

info@comesamed.it
www.comesamed.it

LA TECNOLOGIA CHE PUO' SALVARE LA VITA

La Kimberly-Clark acquisisce Microcuff GmbH sviluppando la linea di dispositivi medici di K-C Health Care. La tecnologia brevettata amplierà la gamma di prodotti della linea Kimberly per la gestione delle vie respiratorie e per ridurre la diffusione della polmonite associata al ventilatore.

La Kimberly-Clark ha annunciato lo scorso ottobre l'acquisizione della società tedesca Microcuff GmbH, attiva dal 2001 nell'ambito della tecnologia e dei dispositivi medici.

L'operazione rafforzerà la posizione di K-C nel settore della fornitura di dispositivi medici innovativi e tecnologicamente avanzati. L'azienda tedesca ha infatti sviluppato una tecnologia brevettata per la produzione di cateteri, integrando componenti a palloncino ultrasottili. Proprio le membrane dei palloncini sono alla base di innovativi progetti nel campo delle tecnologie per la sanità. In questo modo Kimberly potrà disporre, fra l'altro, di una base tecnologica brevettata per sviluppare l'offerta di dispositivi

medici finalizzati a ridurre la cosiddetta VAP (Ventilator Associated Pneumonia), ed espandere quindi il mercato della gestione delle vie respiratorie. Giustificata, quindi, la soddisfazione di **J. Bauer**, Presidente di Kimberly-Clark Health Care, che ha commentato: "Questa acquisizione è in linea con il nostro piano strategico globale: introdurre soluzioni con margini elevati per le sale operatorie ed il controllo delle infezioni.

La VAP è una delle infiammazioni più acute a cui deve fare fronte la maggior parte degli operatori sanitari in tutto il mondo".

"L'operazione è un esempio della collaborazione tra il nostro Innovation Team e le nostre divisioni, finalizzata ad identificare nuove opportunità e ad acquisire le tecnologie appropriate che porteranno a soluzioni innovative" ha detto il Senior Vice-President e Direttore Tecnico **C. Perkins**. "Ciò ci dà la possibilità di salvare delle vite, oltre che di consolidare la nostra posizione sul mercato dell'health care e dell'igiene, alimentando crescita e redditività".

www.kchealthcare.com

www.kimberly-clark.com

MANI PULITE IN OSPEDALE

Dalla Finlandia un sistema igienico, sicuro, gradevole ed economico per una perfetta asciugatura delle mani.

La mano è stata identificata come il principale veicolo di agenti contaminanti. Per questo un'ottimale igiene delle mani è una misura di prevenzione importante. Questo, se è valido in tutti gli ambienti, a maggior ragione lo è in un contesto particolarmente a rischio quale quello sanitario.

La modalità di asciugatura delle mani influisce direttamente sul numero di microrganismi che possono rimanere sulla pelle. L'azienda di prodotti di consumo finlandese Metsä Tissue, attiva su scala mondiale, propone al mercato Centerbox M, un dispenser in acciaio inox di carta e asciugamani. Questo prodotto non solo ri-



sponde alle più esigenti richieste di utilizzo, ma è anche elegante e accattivante sul piano estetico. Nell'uso quotidiano il dispenser si dimostra anche facile da adoperare e molto pratico: infatti il rotolo può essere cambiato dal fianco, senza

bisogno di lunghe operazioni di smontaggio. All'apertura, la placca laterale scivola verso l'interno del dispenser, il che consente l'installazione del prodotto (ingombro: mm 365 x 261 x 261) anche in spazi ristretti. Carta e distributore si armonizzano alla perfezione.

A ciò si aggiungono la distribuzione controllata e razionale del prodotto di consumo e la grande capacità di carico del dispositivo.

Merita una menzione anche il fatto che, grazie alla sua concezione, il dispenser non solo offre alla carta contenuta un'affidabile protezione dallo sporco e dagli agenti inquinanti, ma è anche facile da pulire. Oltre ad offrire una soluzione gradevole a vedersi, l'azienda propone insomma anche un sistema funzionale, sicuro ed economico.

www.metsatissue.com



studio amadei

**CONSULENZA
FORMAZIONE
CONTROLLO QUALITA'
PER I SERVIZI DI PULIZIA**



**SISTEMA INFORMATIZZATO PER IL CONTROLLO
STATISTICO DI RISULTATO DEI SERVIZI**

predefinizione degli elementi e dei criteri di valutazione

elaborazione griglia di controllo

gestione del piano di campionamento

esecuzione a sorte dei controlli

determinazione dei risultati

elaborazione bilanci statistici dei risultati

Partner distributivo per il Sud Italia



SERVIDEA

Divisione Servizi

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 poiché 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 (elencare tutti gli autori se in numero di 6 o inferiore a 6; se 7 o piu' 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

Si ricorda che chiunque desiderasse proporre la pubblicazione di articoli o interventi sulla Rivista potrà inviare gli stessi via posta elettronica presso il Segretario Scientifico ANMDO, dr. Karl Kob

(indirizzo e-mail: karl@kob.bz.it),

oppure presso la casa editrice Edicom (info@gsanews.it), la quale provvederà a sottoporli all'approvazione della Segreteria Scientifica dell'Associazione.



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 delle esigenze del committente. Un'attitudine che

fa di Coopservice non un semplice fornitore ma un partner di fiducia con il quale allacciare rapporti di collaborazione duraturi.

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 ogni altro ambiente sanitario.

 **Coopservice. MOLTO PIÙ DI UN SEMPLICE FORNITORE**

Coopservice, Divisione Pulizie, Carruzo di Reggio Emilia
Via Bruno Buozzi, 2, Tel. 0522 940111, Fax 0522 940128
E-mail: info@coopservice.it



Dr. Sockël's®

traspirabile

antiscivolo

antistatico



sterilizzabile

anatomico

profumato

nate per lavorare con te

Good Life®

FAVIT GROUP s.p.a. - Via Florio, n° 66 - 00010 Fico Filarelli (RM) - tel. e fax: +39 0671 750051 +39 0671 750094

web: www.favit.it - e-mail: info@fav.it

In collaborazione con 