

L'OSPEDALE

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



Periodico dell'ANMDO

ASSOCIAZIONE NAZIONALE

MEDICI DIREZIONI OSPEDALIERE

ORGANIZZAZIONE

Stato dell'arte sulla
epidemiologia e la pre-
venzione della malnu-
trizione ospedaliera

PROGRAMMAZIONE

Le risposte specifiche
di un DEA di II livello

MANAGEMENT

La valutazione dei pro-
getti: i problemi tec-
nico-legislativi

EDILIZIA SANITARIA

Il centro ustioni un re-
parto ad alto rischio

ACCREDITAMENTO

Il processo di accre-
ditamento e il ruolo
nella competizione

RUBRICHE

Orizzonti



EDICOM

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

**PULITO E IGIENE
OLTRE L'APPARENZA**



**La formula di pulizia
con prestazioni
da Formula 1**



Centro Direzionale Colosseo - Palazzo Andromeda Ingresso 2
Via Parcoesil, 18 - 20011 Agrate Brianza (MI) - Tel. 039.834881 - Fax 039.8982151

SORDINA

TELEFONO: +39 049 8792111 FAX: +39 049 8790377 WWW.SORDINA.COM



"MAI VISTO NIENTE DI SIMILE, DOTTORE."

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

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



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

Officine Sordina S.p.A.

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





SOMMARIO

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale
dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici
Direzioni Ospedaliere Fondato dal Prof.
Pino Foltz - Anno LIV - Numero 1
Ottobre-Dicembre 2001

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

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

Sede operativa:

Via Alfonso Corti, 28 - 20133 Milano

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

fax 02 70 63 34 29

e-mail:edicom@iol.it

http://www.gsanews.it

Direttore responsabile: Ilva Gottardi

Direttore editoriale: L. Renzulli

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

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

Segreteria e diffusione: Barbara Amoruso

Hanno collaborato

K. Kob, L. Lucchin, L. Wegher, S. Grifoni, A. Sarti, I.
Olivotto, G. Berni, G. Finzi, M.G.F. Ferrandino, P.
Cugini, I. Mura, A. Azara, I. Maida, E. Frixa, F.
Auxilia, E. Maltagliati, P. Meroni, G. Pelissero,
M. Triulzi

Abbonamenti

ITALIA ANNUO £.60.000

EUROPA

PAESI EXTRA EUROPEI £.200.000

Copia £. 2.500

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 ciascuna fascicolo della rivista.

© Copyright EDICOM s.r.l. - Milano

Tiratura del presente numero 5.000 copie

ASSOCIATA A.N.E.S.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA



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



foto copertina:
Ospedale
di Gallipoli

EDITORIALE

7

ORGANIZZAZIONE

Stato dell'arte sull'epidemiologia e la prevenzione della
malnutrizione ospedaliera

8

PROGRAMMAZIONE

Le risposte specifiche di un DEA di II° livello

14

MANAGEMENT

La valutazione dei progetti: problemi tecnico-legislativi

20

EDILIZIA SANITARIA

Il centro ustioni un reparto ad alto rischio

24

ACCREDITAMENTO

Il processo di accreditamento e il ruolo nella competizione

32

RUBRICHE

ORIZZONTI

38

L'Ospedale, nella sua nuova veste editoriale, con questo numero inizia regolarmente le sue pubblicazioni, che avranno cadenza trimestrale. La rivista, che ritorna dopo un lungo periodo di quiescenza, ha fatto il suo debutto all'ultimo congresso ANMDO, svoltosi a Rimini, e ne ha condiviso il successo. L'appuntamento annuale dell'Associazione è stato particolarmente affollato in tutte le sue sessioni di lavoro, a testimonianza di un fermento e di una necessità di interscambio di opinioni e di relazioni, di cui L'Ospedale sarà il puntuale interprete.

La rivista, edita in più di quattromila copie, avrà una diffusione capillare, volendo coinvolgere non solo gli associati ANMDO, ma tutte le istituzioni sanitarie del Paese.

L'Ospedale, infatti, vuole essere un momento di dialogo e di scambio, professionale, scientifico, culturale, tra i responsabili delle direzioni ospedaliere e dei servizi territoriali.

La Segreteria Scientifica ANMDO, impegnata nel difficile e impegnativo compito di rilanciare la rivista, auspica il contributo di tutti gli operatori interessati, perché il momento che la sanità sta attraversando, momento denso di trasformazioni e cambiamenti, venga dibattuto e analizzato in tutti i suoi aspetti. L'Ospedale si prefigge di essere il luogo del dibattito e dell'analisi, lo strumento su cui convogliare esperienze e dubbi, il momento del confronto e della riflessione.

Diventa, pertanto, indispensabile l'autorevole contributo dei colleghi, per rappresentare, in maniera tempestiva temi e aspetti importanti del settore, che L'Ospedale ospiterà puntualmente, per ampliare il più possibile l'orizzonte tecnico-scientifico del settore.

La Segreteria Scientifica ANMDO, che vaglierà gli interventi, assicura la massima disponibilità nei confronti di chiunque voglia collaborare alla crescita culturale e professionale della categoria, e auspica una partecipazione convinta da tutte le parti d'Italia. Invita, pertanto, le sedi regionali ad attivarsi perché tutte le realtà locali abbiano la possibilità di fare sentire la loro voce, contribuendo sia agli approfondimenti di natura strettamente medica e scientifica, sia al chiarimento di problematiche legate al ruolo che i medici delle direzioni sanitarie aziendali, dei presidi ospedalieri e dei servizi sanitari territoriali assumono nel nuovo panorama della Sanità.

L'attenzione della rivista sarà focalizzata in particolare sull'innovazione tecnologica, sulla programmazione, sull'edilizia sanitaria, sull'igiene ospedaliera, sull'etica, sulla medicina legale, sulle nuove metodologie gestionali, sulle tematiche inerenti alla qualità, sulla valorizzazione delle risorse sia professionali che umane, sul buon funzionamento dei servizi, sull'efficacia degli interventi, sulla soddisfazione degli utenti.

Un programma ambizioso che, come è stato anticipato nel numero zero, si vuole condividere con tutti gli associati e con tutti i colleghi che si riconoscono nelle responsabilità che il ruolo comporta, perché l'eccellenza dell'ospedale e delle strutture sanitarie territoriali non rimanga solo una definizione letteraria e diventi una concreta realtà.

La Segreteria Scientifica

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

Stato dell'arte sulla epidemiologia e la prevenzione della malnutrizione ospedaliera

Riassunto

A fronte di continui progressi diagnostici e terapeutici in ambito medico scientifico, nei paesi industrializzati, negli ultimi 30 anni non è stata posta sufficiente attenzione ai benefici derivanti da un'alimentazione mirata ai fabbisogni del paziente ricoverato.

Di seguito saranno analizzate alcune situazioni di malnutrizione in ambiente ospedaliero. Solo una presa di coscienza di tale problema da parte delle direzioni strategiche aziendali potrà, con il supporto professionale dei servizi nutrizionali, dare l'avvio ad interventi concreti e di grande ricaduta sulla qualità della vita del paziente.

Summary

Despite the continuous diagnostic and therapeutic progress in the medical/scientific domain, in the last 30 years no one has paid attention to the benefits of an accurate nutrition of hospitalized patients. In the following abstracts some cases of inappropriate nutrition will be analyzed.

Only the managers of a firm and professional nutritional services, being conscious of the actual problem, can improve the patient's quality of life through concrete and effective measures.

K. Kob (*), L. Lucchin (**), L. Wegher (***),
(* *Direttore Sanitario Azienda sanitaria di Bolzano*)
(** *Direttore Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica Azienda Sanitaria di Bolzano*)
(*** *Direzione Medica Ospedale di Bolzano*)

PAROLE CHIAVE: RISTORAZIONE OSPEDALIERA, MALNUTRIZIONE CALORICO-PROTEICA, MALNUTRIZIONE PER DIFETTO, MALNUTRIZIONE PER ECCESSO, QUALITÀ PERCEPITA
KEY WORDS: RESTORATION IN HOSPITALS, CALORIC AND PROTEIC MALNUTRITION, DEFECTIVE MALNUTRITION, MALNUTRITION FOR ACESS, PERCEIVED QUALITY

Introduzione

Nel 1974 viene pubblicato, sulla rivista *Nutrition Today*, un articolo dal titolo: "Iatrogenic malnutrition. The skeleton in the hospital closet" (1). Già allora fu vissuto come una provocazione, non ritenendolo rispondente alla realtà pratica della maggior parte delle strutture. A distanza di oltre un ventennio questo titolo rappresenta invece una realtà profondamente radicata nelle organizzazioni sanitarie. A fronte d'importanti progressi della medicina (decodificazione del DNA, trapiantologia multiorgano, ingegneria genetica ecc.), si assiste al paradosso d'ignorare, quasi, alcuni fondamenti dell'agire sanitario senza i quali i nuovi orizzonti che si prospettano perdono sensibilmente d'efficacia. E pensare che è una sfida alla portata di tutti. Leonard - Jones, nel 1995, ha rilevato come il 60% dei medici di 70 ospedali inglesi, non ritenga importante indagare lo stato di nutrizione dei pazienti (2). Per ovviare

alle citate problematiche è auspicabile che le direzioni strategiche aziendali, avvalendosi della collaborazione delle direzioni mediche ospedaliere, investano in iniziative specifiche, atte a sensibilizzare le unità operative di degenza, attraverso il recupero o l'istituzione di appositi servizi di dietetica e nutrizione clinica, dotati di personale medico specializzato e di dietisti. Tali iniziative, ancorché di costo relativamente contenuto, espliciterebbe le potenzialità della ristorazione ospedaliera in ambito clinico ed educativo-preventivo. Oggi, la stragrande maggioranza delle Direzioni Strategiche Aziendali, valutano poco vantaggioso investire in ambito nutrizionale, sia sotto l'aspetto clinico, che economico, perpetuando ed aggravando il livello, mai così alto, di "crisi della medicina" (3).

La situazione attuale

Gli studi epidemiologici svolti fino alla fine degli anni '80 (Ballet, 1973,

Bistran, 1974-76, Hill, 1977, Weisner 1979, Mullen 1979, Klidjan 1982, Pettigrew e Hill 1986, Mobarhan 1987, Reilly 1988, Guarnieri 1980-89) fornivano un intervallo percentuale medio di malnutrizione compreso tra il 20 ed il 45%. A distanza di dieci anni, le cose sono rimaste pressoché immutate (Mc Whirter 1994, Lucchin 1994, Comi 1994) con un range del 19-41%. (4) (Tab.1). Un peggioramento sensibile si riscontra nel caso di persone anziane ospedalizzate (30-60%) ed istituzionalizzate (50-85%), come dimostrano alcuni studi del 1994 e 1998 (5-6)

l'adattamento al digiuno, la risposta infiammatoria sistemica, un eccesso di ormoni catabolici o una carenza di quelli anabolici. In altre parole, la malattia sarebbe la principale responsabile, facendo assumere meno energia ad un organismo i cui fabbisogni sono aumentati. Si è usato il condizionale, perché parte non trascurabile dello stato malnutrizionale è in realtà indotto da un'insufficiente sorveglianza in tale direzione. I due studi italiani citati nella tab.1., prevedevano, infatti, tra i criteri d'esclusione: la patologia neoplastica

stico, capace d'interferire anche sull'atto alimentare (9). Una sua migliore conoscenza può apportare non pochi vantaggi specie nell'ambito della qualità percepita, ancora poco concretizzata. Dista una certa apprensione il fatto che nei 3 studi citati del 1994, la percentuale di coloro che hanno perduto peso durante il ricovero risulti piuttosto omogenea, assestandosi attorno al 58-64%;

b) nonostante siano trascorsi trent'anni dalle prime osservazioni, la prevalenza della malnutrizione

Tab.1. Prevalenza di malnutrizione ospedaliera nei due studi italiani del 1994 (Lucchin, Comi: coordinatore dell' Hospital Malnutrition Italian Study (HOMIS), che ha coinvolto 10 nosocomi del centro-nord) (7).

	Ospedale di Bolzano		H.O.M.I.S.	
	Pz. arruolati	%	Pz. arruolati	%
%malnutriz. calorico-proteica all'atto del ricovero	100	19.4	705	19.1
%malnutriz. difetto pz.chirurgici all'atto ricovero	50	23.9	00	00
%malnutriz. difetto pz.medici all'atto ricovero	50	17.3	00	00
%malnutriz. per eccesso all'atto del ricovero	100 (BMI>30)	41.8	705	24.8 (BMI>25)
%pz. con stato di nutrizione peggiorato dopo 15 gg età' media	49	33.3 (67.8 anni)	705	63.1 (<60 anni)
%pz. calati di peso dopo 15 gg di ricovero	49	61.9	705	53.0

Un'analisi condotta nel 1997 su 1020 pazienti gastroenterologici di 37 centri italiani (8), ha rilevato una percentuale di malnutrizione calorico-proteica compresa tra il 33 ed il 46%. Le considerazioni che possono trarsi dalla disamina di questi dati, possono essere così enunciate:

a) la prevalenza della malnutrizione per difetto sarebbe spiegabile con la tipologia della patologia in atto, che contribuisce attraverso meccanismi fisiologici e fisiopatologici specifici, come

avanzata, l'insufficienza renale (creatininemia>2 mg/dl), la cirrosi epatica, la presenza di edemi, la presenza di coma. Tra coloro che rispondevano ai criteri d'inclusione, la presenza di malnutrizione per difetto poteva e doveva essere corretta. Nonostante tempi di degenza sempre più brevi, sono rari gli studi che hanno tentato di indagare la cosiddetta "sindrome nosocomiale", cioè quello stato di depressione e preoccupazione per il proprio stato di salute e per il responso diagnostico/progno-

ne ospedaliera nei paesi evoluti non ha subito alcun miglioramento. Anche il progressivo utilizzo della nutrizione enterale, che interessa oramai circa il 5-10% dei ricoverati (10), non sembra in grado di apportare sensibili benefici, probabilmente a causa di un utilizzo non sempre ineccepibile. La nutrizione parenterale totale, ad es., viene utilizzata in modo improprio nel 30% dei casi in strutture munite di un nutrizionista esperto; quindi, è intuitivo dedurre che tale percentuale si incrementi laddove

non sia presente questa figura professionale (11-12).

c) Inoltre la metà dei nosocomi italiani la ristorazione ai ricoverati risulta poco controllata sotto l'aspetto nutrizionale (13). In una verifica effettuata nel 1997 nei 7 ospedali della Provincia Autonoma di Bolzano, è emerso che in due realtà la % calorica da lipidi fornita per il vitto comune era prossima a 40, quindi molto al di sopra di quanto raccomandato per la popolazione normale dai LARN revisione 1996 (14). I cittadini, ritengono invece che il vitto fornito sia consono al loro stato di salute e che sia un ottimo strumento d'educazione del paziente in misura del 80.9% (media dello storico del periodo 1992-'2000, rilevato presso l'Ospedale Generale Regionale di Bolzano. Range:72.1-90.3). A conferma di quanto affermato, il fatto che a tutt'oggi solo due ospedali italiani (Bolzano, Feltre) hanno avvertito la necessità di certificare ISO 9002 la propria ristorazione. Con il DL 31 maggio 1995, relativo allo schema generale di riferimento della Carta dei Servizi, viene sancito il diritto da parte del ricoverato di: "ricevere diete e nutrizione variata, di buona qualità, igienicamente sicura ed adeguata alla propria malattia". Una inchiesta del marzo 2001 del periodico *Altro consumo* (15) su 31 grosse realtà nazionali, ha evidenziato come meno della metà dei casi (14) accettati una valutazione del pasto fornito, risultato microbiologicamente a rischio nel 21% del campione.

Cause e fattori permittenti

Innanzitutto, va sottolineata la insufficiente sensibilità degli operatori sanitari nei confronti degli aspetti nutrizionali, erroneamente ritenuti marginali rispetto agli altri provvedimenti terapeutici.

Vi è ancora scarsa consapevo-

lezza del fatto che il trattamento nutrizionale è una vera e propria terapia metabolica, che in alcune circostanze assurge a "farmacoterapia nutrizione".

Questa tangibile carenza culturale nella formazione e nella pratica clinica, si accompagna a quella di ordine organizzativo. I servizi di dietetica e nutrizione clinica ospedalieri, muniti d'organico medico, sono poco meno di 90 su circa 1000 ospedali, con 18 dirigenti medici con funzioni di direttore (16). Sono qualche centinaio i servizi dietetici con solo organico tecnico (dietisti).

E pensare, che negli Stati Uniti già negli anni '80, era forte la consapevolezza che un servizio di nutrizione clinica per i pazienti ricoverati potesse ridurre i costi. Nel 1977 e nel 1986, vengono pubblicati 2 studi, il primo di Hill ed il secondo di Kamath, che rilevano l'inconsistenza della misurazione di peso ed altezza in regime di ricovero.

Nello studio di Hill il peso risultò essere stato misurato nel 16% dei casi nell'intero periodo di degenza e, una definizione dello stato di nutrizione, compariva solo nel 22% delle cartelle cliniche chirurgiche esaminate (17). Lo studio di Kamath, su ben 3047 pazienti, ha rilevato che altezza e peso non erano stati registrati rispettivamente nel 35 e 37% (18). Nel citato studio di Lennard-Jones del 1995, all'atto del ricovero il peso veniva misurato dal 63% degli infermieri e l'altezza dall'11%.

Nello stesso anno Reilly e coll., del dipartimento di gastroenterologia di Birmingham, quindi in una struttura altamente specializzata, riscontravano che nel 64% dei casi di malnutrizione moderata e nel 30% di quella grave, non veniva intrapreso alcun trattamento specifico (19).

Nel 1996, Toker e Miguel, analizzando 2485 cartelle cliniche di ricoverati in 20 ospedali americani per patologia medica o chirurgica, hanno rilevato come solo il 32%

ricevesse un intervento nutrizionale specifico.

Di questi, il 49.9% ha iniziato il trattamento dopo il quarto giorno dalla diagnosi, allungando la degenza di 3 giorni rispetto a coloro in cui l'intervento era iniziato entro i 3 giorni (20).

Nel 1997 Naber ha rilevato come in un ospedale geriatrico, solo il 13% dei pazienti ad elevato rischio di malnutrizione ricevesse qualche forma di supporto nutrizionale, mentre tra i malnutriti di fatto, solo il 18%. Una recente indagine del 1999 su 41 infermieri di due presidi ospedalieri della Provincia Autonoma di Bolzano, ha dimostrato come il 76% non conosca l'indice di massa corporea, senza il quale risulta difficile definire lo stato di nutrizione (Lucchin, dati non pubblicati).

L'atteggiamento aziendale risulta per lo più in linea con la scarsa sensibilità degli operatori sanitari, basti pensare che alla ristorazione ospedaliera si continua ad attribuire una precipua valenza alberghiera.

Le conseguenze

In merito agli aspetti clinici, un'esauriente documentazione è fornita dai lavori di Winick del 1979 sul deterioramento della funzione gastrointestinale e cardiovascolare, di Arora e Rochester del 1982 sul deterioramento della funzione respiratoria, di Russel del 1983 sul deterioramento della funzione muscolare, di Chandra del 1988 sulla riduzione della risposta immunitaria, di Windsor del 1988 sul rallentamento nella guarigione delle ferite, di Brozek del 1990 sull'aumentato rischio di depressione ed apatia ed ancora, di Allison del 1992, di Hill del 1992 e di Lennard-Jones del 1995 (4). Da non sottovalutare poi, la ricaduta negativa sulla qualità percepita e sugli aspetti di ordine economico.

Nel 1987, Bastow documentò il dimezzamento dei tempi di ripresa della deambulazione dopo in-

intervento chirurgico per protesi all'anca, nei pazienti trattati con nutrizione enterale.

Tre anni dopo, Delmi e coll. hanno osservato che un intervento nutrizionale con supplementi somministrati, per esempio, in pazienti anziani con frattura del collo del femore, riduce la degenza del 40% e le complicanze del 50%.

Nel 1987 Georgia Robinson dell'Albert Einstein Medical Center di Filadelfia, ha rilevato come il 66% di tutti i giorni di degenza compresi nel periodo maggio giugno 1984, fossero stati utilizzati dai malnutriti, trattati solo nel 18% dei casi (21). Nel 1988 Reilly ha studiato 805 pazienti ricoverati in due ospedali del nord-est americano, riscontrando che i pazienti malnutriti hanno utilizzato il 60.4% dei giorni totali di degenza e consumato il 70.6% del costo, a fronte di una copertura, in base alle tariffe, del 64.6%.

Inoltre, il rischio di contrarre una complicanza maggiore, da parte dei malnutriti, è risultata di 3.4 volte superiore (22).

Gli effetti economici della malnutrizione sono stati ben evidenziati da Tucker e Miguel (1996), che hanno stimato nel 72.5% la frazione della spesa totale attribuibile ai malnutriti in strutture universitarie, contro un 45.2% per gli stessi in strutture periferiche.

Un certo numero di studi ha valutato la riduzione delle giornate di degenza. Moore e Jones, nel 1986, hanno stimato una riduzione dell'11% in pazienti con trauma addominale maggiore adeguatamente trattati sotto l'aspetto nutrizionale (21).

Due anni dopo, Smith riscontrava una riduzione della degenza del 37% in pazienti con diarrea intrattabile e Szeluga e coll. dell'8% in pazienti sottoposti a trapianto di midollo osseo (21).

Per ogni due giorni di anticipo dell'inizio della terapia nutrizionale, si guadagnerebbe un giorno di degenza per paziente (Tucker e Miguel: Malnutrition Cost Survey, 1996).

Infine, non va sottovalutato il ruolo della malnutrizione per eccesso, che interessa poco meno di un cittadino su due e che, a livello ospedaliero, comporta un importante impegno di risorse sia come fattore indipendente di malattia che come precipitante od aggravante altri stati patologici (Tab.1.).

Le possibili soluzioni

Nel maggio 1998, undici direttori generali di altrettanti importanti strutture ospedaliere in ambito nazionale, hanno stilato un documento, inviato a tutte le direzioni generali, in cui veniva chiarita l'importanza dell'investimento in ambito nutrizionale (vantaggi di ordine clinico, economico diretti ed indiretti, di gestione delle risorse, di umanizzazione del sistema) (13).

Un passaggio saliente di tale documento è quello relativo al fatto che il bilancio non dovrebbe essere un obiettivo, ma un vincolo e che la lungimiranza gestionale si concretizza nella ricerca di risultati che non si configurino con il solo risparmio economico.

Da allora, ha iniziato un certo recupero dei servizi di dietologia, ma troppe sono ancora le realtà affiliate ad unità operative poco funzionali e sfornite d'organico medico specialistico.

Per affrontare in modo organico il problema della malnutrizione ospedaliera, si riterrebbe opportuno:

a) attivare specifiche iniziative di sensibilizzazione presso i reparti di degenza, supportate da semplici ma concrete "linee guida" e dal rilievo sistematico dell'indice di massa corporea. Le direzioni sanitarie aziendali e di presidio dovranno farsi promotrici in merito;

b) istituire e/o potenziare servizi specialistici nel campo della dietetica e nutrizione clinica, dotati di medici specialisti e non solo di dietisti. In tal senso, l'As-

sociazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica, ha fissato, nel 2000, i criteri minimi di accreditamento per un'unità operativa che operi nel settore della nutrizione;

c) sfruttare le potenzialità della ristorazione ospedaliera in tale ambito. Infatti, risulta che la percentuale di degenti che abbisognano di specifici piani nutrizionali, si aggira attorno al 15-25% (15.5% nel 2000 presso l'Ospedale Centrale di Bolzano).

Conclusioni

Per prevenire i fenomeni di malnutrizione ospedaliera, proponiamo che in ciascuna azienda sanitaria e ospedaliera sia reso operativo un servizio di dietetica e nutrizione clinica, diretta da un dirigente medico con funzioni di direttore, e dotata di un adeguato numero di medici specialisti nella disciplina, nonché di dietisti.

Nelle aziende di dimensioni ridotte può risultare sufficiente una struttura semplice.

Per attuare quanto detto, le direzioni sanitarie aziendali e quelle mediche del presidio ospedaliero avranno un ruolo trainante. I servizi di dietetica e nutrizione clinica, in quanto specializzati in materia, potranno offrire il loro contributo specialistico a tutte le unità operative di degenza, operando preferibilmente all'interno di strutture organizzative di tipo dipartimentale.

La creazione e/o il potenziamento di servizi di dietetica e nutrizione clinica, il cui costo gestionale risulta contenuto, permetterà di risolvere molti problemi nell'ambito della ristorazione ospedaliera, sia in relazione agli aspetti clinico-curativi che di prevenzione primaria e terziaria.

Inoltre, una adeguata informazione sugli aspetti nutrizionali del degente in occasione di un ricovero ospedaliero, sarà un valido presupposto per modificare, in sen-

so positivo, le abitudini alimentari in modo continuativo.

In tale contesto, il supporto di un servizio dietetico e di nutrizione clinica a valenza territoriale risulta essenziale. Citiamo, a titolo di esempio, il Servizio dietetico e di nutrizione clinica dell'Azienda sanitaria di Bolzano, diretto da un dirigente medico con funzioni di direttore (dirigente medico di 2° livello) ed articolata in sub-unità operativa ospedaliera e sub-unità operativa territoriale (distrettuale).

La valenza ospedaliera e territoriale così unificata garantisce, all'utenza, la necessaria continuità terapeutica.

Bibliografia

1. Butterworth CE. Iatrogenic malnutrition. The skeleton in the hospital closet. *Nutrition Today*, 1974; 4:436-41.
2. Lennard-Jones JE, Arrowsmith H, Davison C, et al Screening by nurses and junior doctors to detect malnutrition when patients are first assessed in hospital. *Clin. Nutrition* 1995; 14:336-340.
3. Lucchin L. Gestire la qualità in clinica. Fondamenti per iniziare. In: Lucchin L. *Malnutrizione, una sfida del terzo millennio per la società postindustriale*. Il Pensiero Scientifico Editore Roma 2000:617-631.
4. Lucchin L, Gentile MG. Servizi di Dietetica e Nutrizione Clinica ed efficacia delle risposte in nutrizione artificiale. In: Gentile MG. *Aggiornamenti in nutrizione clinica*. Il Pensiero Scientifico Editore Roma 1999;7:269-279.
5. Abbasi AA, Rudman D. Undernutrition in the nursing home: prevalence, consequence, causes and prevention. *Nutrition Reviews*, 1994;52: 113-22.
6. Crippa A, Cucci M, Confalonieri R, Leoni I, Cida G. *Epidemiologia e criteri di valutazione della malnutrizione Geriatric and Medical Intelligence" Medicina e Anziano" 1998; 7:7-11.*
7. Comi D. *L'Hospital Malnutrition Italian study (HOMIS) ed altre esperienze italiane*. In: Lucchin L. *Malnutrizione, una sfida del terzo millennio per la società postindustriale*. Il Pensiero Scientifico Editore Roma 2000:63-72.
8. Giacosa A, Crespi M, Del Piano et al. Lo stato nutrizionale del paziente gastroenterologico: il progetto PROMETEO. *Riv. Ital. di Nutriz. Parent. ed Enterale* 1997;3:215.
9. Marcelli M, Carbonelli MG. Integrazione regionale dei dietetici ospedalieri: proposte operative. *La Clinica Dietologica* 1991;18:11-25.
10. Braga M, Dionigi P, Bozzetti F et al. *Epidemiologia clinica della nutrizione artificiale (ECNA)*. Risultati di uno studio pilota multicentrico. *Riv. Ital. di Nutriz. Parent. ed Ent.* 1992;2:102-111.
11. Paccagnella A, Simioni G, Zanello M et al. *Nutriz. artificiale in Italia*. Analisi dei dati del gruppo di ricerca epidemiologica sulla Nutriz. artific. (RENA). *Riv. Ital. di Nutriz. Parent. ed Ent.* 1998;1:1-13.
12. Salis C, Paccagnella A, Vanucci A et al. *Studio multicentrico italiano per la valutazione delle risorse utilizzate in Nutriz. Artific. (VURNA) in pazienti ospedalizzati*. *Riv. Ital. di Nutriz. Parent. ed Ent.* 1998; 1:14-24.
13. Lucchin L, Filannino C. *Indagine conoscitiva sui Servizi di Dietetica e Nutrizione Clinica*. Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica Editore Roma, 1998
14. Lucchin L, Canali F, Tornifoglia D. *La nutrizione nei pazienti ricoverati: tra comfort, salute e buona amministrazione*. Atti Congresso Nazionale Assoc. Ital. di Dietetica e Nutriz. Clinica 20-21 febbraio 1998:7-18.
15. *Inchiesta nei servizi mensa di 14 ospedali*. Altroconsumo N°136-marzo 2001:10-15.
16. *Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica, via Sallustio Bandini, 10 00191 Roma. Tel.06/36306018.*
17. Hill GI, Pickford I, Young GA et al. *Malnutrition in surgical patients*. *JAMA*, 1974;230:858-60.
18. Kamath SK, Lawler M, Smith AE et al. *Hospital malnutrition: a 33 hospital screening study*. *J. Am. Diet. Assoc.*, 1986; 86:203-6.
19. Reilly MH, Martineau H. *Nutritional screening. Evaluation and implementation of a simple nutrition risk score*. *Clin. Nutr.* 1995; 14:269-73.
20. Tucker HN, Miguel SG. *Cost Containment through nutrition intervention*. *Nutrition Reviews* 1996; 54-4:111-121.
21. Pallini P, Saggiaro A, Lazzaretto L. *Malnutrizione: aspetti clinici-nutrizionali e ricadute economiche*. *Collettività Convivenze novembre-dicembre 2000*:4 9-52.
22. Reilly JJ, Hull SF, Albert N et al. *Economic impact of malnutrition: a model system for Hospitalized Patients*. *JPEN* 1988; 12-4: 371-376.
23. *Proposte di definizione dei criteri di accreditamento minimo per i Servizi di Dietetica e Nutrizione ADI Magazine 2000; 4-2:99-100.*



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

Life is full of compromises.

Tutti sappiamo che non devono esistere compromessi con l'asepsi: un simile compromesso, prima o durante un intervento chirurgico può avere serie conseguenze ^(ref. 1).

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

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

1. Werner, H.P., Hoborn, J. Schön, K. Petri, E. Influence on drape permeability on wound contamination during mastectomy. Eur J Surg 1991;157:379-383.

Le risposte specifiche di un *dea* di II livello

Riassunto

Il Dipartimento è uno strumento di integrazione di professionalità e metodologie diverse, armonizzante professionalità diverse basata sulla partecipazione effettiva di ogni componente al raggiungimento di obiettivi, prefissati e misurabili, di efficienza, efficacia e qualità.

Il Dipartimento Emergenza-Accettazione adegua l'offerta clinico-assistenziale alla complessa domanda sanitaria in regime di emergenza-urgenza, centrata sull'unitarietà della persona, oltre i limiti della divisione settoriale delle unità operative in un'ottica di interdisciplinarietà dell'intervento sanitario, determinando un "continuum" d'azione dei professionisti evitando il "trasferimento" del paziente "critico" da un reparto all'altro, da una disciplina all'altra, da un gruppo di professionisti all'altro.

Summary

The Department is an instrument of integration of different professional people and methodologies. It harmonizes different professional people and it's based on the real participation of every member to achieve predetermined and measurable objectives of efficiency, efficacy and quality.

The Emergency-Acceptance Department equalizes the offer of clinic assistance at the complex sanitary question in a regime of emergency-urgency, based on the whole person, over the limits of the sectionally division of the operative unity, from the point of view of all rules of the sanitary intervention, producing a "continuum" of professionals' action, avoiding the critical patient "transfer" from a department to the others, from a rule to the others, from a group of professionals to the others.

Stefano Grifoni* Alessandro Sarti**

Iacopo Olivotto*** Giancarlo Berni****

* *Dirigente medico U.O. Medicina Generale III Azienda Ospedaliera "Careggi" di Firenze responsabile incaricato servizio accettazione e pronto soccorso medico*

** *Dirigente medico Direzione sanitaria Azienda Ospedaliera "Careggi" di Firenze*

*** *Dirigente medico U.O. Medicina Generale III Azienda Ospedaliera "Careggi" di Firenze*

**** *Direttore U.O. Medicina Generale III con struttura organizzativa e funzionale di accettazione e pronto soccorso medico della Azienda Ospedaliera "Careggi" di Firenze*

PAROLE CHIAVE: DIPARTIMENTO EMERGENZA-ACCETTAZIONE, INTEGRAZIONI DEI DIPARTIMENTI, MEDICINA D'URGENZA

KEY WORDS: EMERGENCY-ACCEPTANCE, DEPARTMENT INTEGRATIONS OF DEPARTMENTS, URGENT MEDICINE

Premessa

Il Dipartimento è uno strumento di integrazione di professionalità e metodologie diverse, che pur assumendo varie configurazioni strutturali, correlate agli ordinamenti aziendali in cui è inserito, identifica una specifica modalità di operare, (organizzare, gestire, coordinare, promuovere l'armonizzazione delle diverse professionalità), basata sulla partecipazione effettiva di ogni componente al raggiungimento di obiettivi, prefissati e misurabili, di efficienza, efficacia e qualità.

Il Dipartimento non identifica un istituto giuridico e neppure una organizzazione puntualmente e necessariamente definita sul piano giuridico, ma una scelta organizzativa che si esprime nei principi di autonomia tecnico-funzionale dei servizi che vi concorrono, del coordinamento di questi, della par-

tecipazione degli operatori e del rapporto tra assetto organizzativo e programmazione (2-15).

L'azione del Dipartimento Emergenza-Accettazione (DEA) nasce per adeguare l'offerta clinico-assistenziale alla domanda sanitaria in regime di emergenza-urgenza, nella sua complessità ed ampiezza, nella considerazione dell'unitarietà della persona, oltrepassando i limiti della divisione settoriale delle strutture organizzative professionali, mirando alla convergenza ed interazione delle competenze, al collegamento tra unità operative, affini e complementari, e tra queste e i servizi sanitari territoriali, all'interdisciplinarietà dell'intervento sanitario, determinando un "continuum" d'azione delle componenti del servizio sanitario (aziendali ed extra aziendali).

D'altronde non può essere ulteriormente rinviabile il superamento del concetto di "trasferimento"

del paziente "critico" da un reparto all'altro, da una disciplina all'altra, da un gruppo di professionisti all'altro. Appare necessaria la definizione di una struttura professionale ed assistenziale di medicina d'urgenza, articolata nelle funzioni dell'accettazione, dell'emergenza, dell'osservazione, delle cure sub-intensive, nella quale sia coordinata la complementarietà degli interventi delle varie discipline specialistiche. Con uno sviluppo della scienza medica che tende ad affinare sistemi di diagnosi e cura centrati su specifici settori di intervento, non possono essere trascurate modalità di azione che valorizzino il lavoro di gruppo, consentano l'espressione individuale delle discipline affini e complementari che concorrono, in maniera più o meno visibile, all'ottenimento dei risultati ed al successo aziendale (15).

Pertanto nell'ambito del contesto organizzativo della funzione dell'emergenza-urgenza intra-aziendale, gli stessi attori delle varie discipline specialistiche dovranno contribuire alla promozione ed alla definizione sostanziale delle modalità operative organizzate in assetto dipartimentale. Da una parte, la componente tecnico-scientifica dovrà trovare, e soprattutto migliorare la sua sistematizzazione procedurale con forme protocollari per patologie e tipologie di pazienti, che garantiscano la continuità del percorso sanitario e assistenziale al cittadino-paziente, che ne rappresenta, per così dire, la linea produttiva. Dall'altra, la direzione sanitaria aziendale dovrà accreditarne l'applicabilità, garantirne la formalizzazione, vigilare sulla disciplinata ottemperanza alle regole di funzionalità dipartimentale, sulla partecipazione ai programmi aziendali delle unità operative che vi concorrono, nonché provvedere al monitoraggio del lavoro svolto ed alla verifica dei risultati raggiunti (1-3).

In tempi in cui l'umanizzazione delle cure è correlata all'obbliga-

NEL CASO DELL'ASSISTENZA AL MALATO CRITICO, LA COSTITUZIONE DEL DEA RAPPRESENTA IL PRESUPPOSTO LOGICO PER ASSICURARE RISPOSTE RAPIDE E COMPLETE DI FRONTE A QUALSIASI SITUAZIONE.

torietà dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse, all'efficacia dei risultati, alla qualità negli esiti, devono essere sostenuti e rinsaldati i percorsi assistenziali in regime di continuità con il territorio di riferimento, e stabilizzato, anche formalmente, il coordinamento dipartimentale tra le professionalità che interagiscono attorno al cittadino-paziente bisognoso di cure urgenti (4-5-8-9-10-11-15).

Fase organizzativa

Nel caso dell'assistenza al malato critico, la costituzione del DEA rappresenta il presupposto logico per assicurare risposte rapide e complete di fronte a qualsiasi situazione.

Il primo passo in questo senso è rappresentato dalla gradualità degli interventi clinico-assistenziali che hanno la loro più complessa espressività nei DEA di I° e II° livello. La distinzione scaturisce dalla necessità di ricercare la maggiore congruità possibile tra offerta e domanda sanitaria, per il rispetto dell'economicità del servizio sanitario ed, al tempo stesso, per la garanzia della qualità dell'intervento, la quale non può che essere correlata a standard di attività quantitativamente significativi. Ogni presidio ospedaliero deve provvedere al completamento della stabilizzazione di qualsiasi paziente, quando già iniziato sul territorio a cura dei professionisti dei mezzi mobili di soccorso, e poter affrontare le urgenze più comuni ed individuare i pazienti che necessitano di interventi di elevata specialità (I° livello);

Le emergenze più rare e di impegno altamente specialistico devono essere adeguatamente indirizzate ad una struttura di elevata

complessità (II° livello), fin dal momento iniziale delle manifestazioni cliniche quando riconosciute tali dai sanitari dell'emergenza territoriale.

Il D.P.R. 27.03.1992, e le Linee Guida di applicazione, 1/1996 definiscono le modalità di articolazione della risposta all'emergenza-urgenza, prevedendo una articolazione in quattro livelli di graduazione dell'intensità assistenziale, dai Punti di "Primo intervento", al Pronto soccorso ospedaliero, al DEA di I° e II° livello.

Con particolare riferimento alla strutturazione organizzativa professionale del DEA di I° livello sono da prevedersi il servizio di accettazione e pronto soccorso, l'unità di osservazione e breve degenza, l'unità operativa di rianimazione, con moduli di terapia intensiva e subintensiva, l'unità operativa medicina d'urgenza, ove prevista dalla programmazione regionale, nonché unità appartenenti ad altri dipartimenti che integrano, attraverso la condivisione di modelli operativi definiti da linee guida e da protocolli, l'attività dell'emergenza-urgenza nelle funzioni di diagnostico terapeutica di medicina generale, di chirurgia generale, di ortopedia e traumatologia, di cardiologia con UTIC, supportate con prestazioni di laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, di diagnostica per immagini e trasfusionali. Le discipline di medicina, chirurgia, rianimazione, cardiologia con UTIC e, di norma, ortopedia sono assicurate dalla presenza di guardia attiva per le 24 ore giornaliere. Gli interventi di ostetricia e ginecologia e la pediatria devono essere comunque garantiti anche attraverso dipartimenti interospedalieri o interaziendali.

Nella strutturazione organizzativa professionale del DEA di II° livello sono da prevedersi, oltre alle prestazioni fornite dal DEA di primo livello le funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza, tra cui la cardiocirurgia, la neurochirurgia la chirurgia vascolare, la chi-

rurgia toracica, la terapia intensiva neonatale, secondo le indicazioni stabilite dalla programmazione regionale.

Altre componenti di particolare qualificazione, nell'ambito di una equilibrata diffusione sul territorio nazionale ed una stretta interrelazione con le centrali operative delle regioni, possono essere collocate nel DEA di II° livello, e, tra queste, le unità per grandi ustionati, le unità spinali, la microchirurgia della mano, la medicina iperbarica (16).

Considerazioni

Al di là di questa descrizione del sistema organizzativo si ritiene opportuno esplicitare alcune considerazioni sulle modalità progettuali della funzione dell'emergenza-urgenza nell'ambito del contesto di riferimento di aziende sanitarie regionali, elemento indivisibile per un inquadramento unitario e globale del bisogno sanitario e per una risposta integrata che massimalizzi l'efficienza d'impiego delle risorse, professionali e tecnologiche, disponibili (12-13).

Dipartimento di I livello

Il DEA di I° livello deve poter disporre delle metodiche diagnostiche e strumentali necessarie per l'inquadramento diagnostico di tutte le emergenze-urgenze (1).

Questo ovviamente richiede che coll'avanzare del progresso tecnologico anche ospedali di I livello siano dotati di strumentazione adeguata, non solo per una assistenza ottimale al paziente di propria competenza, ma anche per una selezione accurata dei pazienti che devono essere inviati al DEA di II° livello.

In altre parole, il DEA di I livello deve essere in grado di porre con esattezza l'indicazione specialistica. Pertanto, è necessario che il DEA di I livello possa disporre di una sezione di imaging e di laboratorio appositamente dedicate (per il DEA di II livello questo è ovvia-

IL COLLEGAMENTO DELLE
VARIE ARTICOLAZIONI FUNZIONALI
DEL DIPARTIMENTO SI CONSOLIDA
CON PROGRAMMI COMUNI DI
FORMAZIONE PERMANENTE DEL
PERSONALE.

mente indispensabile, anche se spesso disatteso).

Il DEA di I livello può svolgere al meglio le due funzioni di assistenza e di triage verso il II livello se dotato di personale specificamente dedicato alla Medicina di Accettazione e Emergenza-Urgenza. La formazione del personale medico ed infermieristico dedicato alle emergenze rappresenta la principale caratteristica dei paesi con una organizzazione sanitaria moderna: la presenza di personale "a mezzo servizio" è invece tipica dei paesi sottosviluppati. Il Piano Sanitario Regionale 1999-2001, individua nella struttura organizzativa denominata Medicina e Chirurgia di Accettazione e Urgenza - Area Medica, il contesto professionale in cui allocare il fulcro della funzione dell'emergenza-urgenza per la peculiare preparazione tecnico-scientifica che deve essere in possesso degli attori che vi operano quale elemento di garanzia della qualità delle prestazioni erogate.

Il DEA di I° livello, più che quello di II°, deve essere dotato di risorse e capacità di intervento congrui per le patologie risultanti prevalenti nella epidemiologia della popolazione del bacino di riferimento.

Dipartimento di II livello

Il DEA di II° livello, oltre a svolgere le funzioni di I° livello per il proprio bacino di utenza, eroga prestazioni di tipo specialistico in quanto struttura inserita in una Azienda Ospedaliera di rilievo nazionale, in cui qualsiasi tipo di emergenza trova una risposta ottimale e tempo-correlata, basando la sua operatività su un efficace triage nel territorio e nei dipartimenti di I° livello, e su un sistema efficiente di trasporto assistito in grado di sostenere le funzioni vitali.

Il DEA di II° livello, ancora più che per il DEA di I° livello, necessita di personale specificamente formato e dedicato alla Medicina di Emergenza-Urgenza e di Accettazione, con rapporti molto articolati e complessi con le strutture esterne (altri DEA, assistenza territoriale) e con funzioni di coordinamento con le UU.OO. intraospedaliere specialistiche.

Collegamento dei dipartimenti di I e II livello

La rete dipartimentale nel suo insieme deve disporre di un sistema di collegamento logistico organizzativo standardizzato nelle sue varie fasi, (preospedaliere-ospedaliere-intraospedaliere), ed una uniformità comportamentale diagnostica terapeutica tramite la stesura partecipata di linee guida e di protocolli finalizzati al miglioramento dell'assistenza erogata al paziente indipendentemente dalla struttura a cui accede in emergenza-urgenza. Il collegamento delle varie articolazioni funzionali del dipartimento si consolida con programmi comuni di formazione permanente del personale.

Integrazione del dipartimento con le altre componenti del servizio sanitario

Lo scambio informativo con i servizi regionali ed aziendali di epidemiologia, tramite l'analisi dei bisogni reali della popolazione e l'identificazione delle patologie emergenti, consente l'adeguamento organizzativo e la definizione di linee operative di comportamento assistenziale. Il ricorso appropriato al sistema di emergenza dipende anche da campagne di educazione sanitaria rivolte alla popolazione in generale, ma, al tempo stesso, coinvolgente il medico di medicina generale nel pertinente orientamento della domanda (14).

Attualmente, uno dei problemi maggiori che ostacolano un fun-

zionamento ottimale dei DEA è sicuramente l'uso improprio da parte dei cittadini, che bypassano le strutture intermedie (medici di famiglia, 118) e si presentano spontaneamente per problemi minori o di carattere non urgente, sovraccaricando le strutture.

I motivi di ciò vanno ricercati soprattutto in una diffusa disinformazione, nella volontà di eludere il pagamento del ticket, e nella ricerca di una più rapida risposta rispetto a quella disponibile sul territorio. E' inoltre in notevole aumento la presenza di cittadini stranieri sprovvisti di regolare assistenza sanitaria, che vedono il DEA come l'unico accesso gratuito alle cure mediche. In questo senso, il sovraccarico è direttamente correlato al grado di urbanizzazione del bacino di utenza del DEA: nel caso degli ospedali fiorentini, il disagio che ne deriva si distribuisce in modo simile sui DEA di I e II livello, ed è risolvibile solo attraverso soluzioni mirate (opera di informazione su strutture alternative, ambulatori per codici bianchi con pagamento di ticket, accordi con i medici di medicina generale e le associazioni di volontariato).

Conclusioni

L'azione del dipartimento di emergenza-urgenza si estrinseca nell'adeguare l'offerta clinico assistenziale alla domanda sanitaria, oltrepassando i limiti della divisione settoriale delle strutture organizzative professionali, mirando all'interdisciplinarietà dell'intervento sanitario, determinando un "continuum" d'azione delle componenti del servizio sanitario (aziendali ed extra-aziendali), in modo da realizzare un'operatività che sia l'espressione dell'integrazione funzionale ed organizzativa delle professionalità interagenti attorno al cittadino-paziente.

In particolare il DEA di II° livello eroga prestazioni di alta specialità, in cui qualsiasi tipo di emergenza trova una risposta ottimale

e tempo-correlata, basando la sua operatività su un efficace triage nel territorio e nei dipartimenti di I° livello, e su un sistema efficiente di trasporto assistito in grado di sostenere le funzioni vitali.

Nel DEA di II livello opera personale specificamente formato e dedicato alla Medicina di Emergenza-Urgenza e di Accettazione, attraverso rapporti articolati e complessi con le strutture esterne (altri DEA, assistenza territoriale) e con funzioni di coordinamento con le UU.OO. intraospedaliere specialistiche. In tutti i DEA, e ancora di più nel dipartimento di secondo livello, il miglioramento della qualità della gestione, dell'efficacia e dell'efficienza della risposta dipende dalla presenza di una struttura organizzativa di medicina d'urgenza che, con personale adeguatamente formato, gestisce una attività cardine nella strategia aziendale e del servizio sanitario regionale.

Bibliografia

1. G. Baldi, D. Braglia, M. Giovinnazzo, S. Regnani: "Il triage (opinioni a confronto)" *In atti del III° Congresso nazionale federazione italiana medici di urgenza e pronto soccorso, Torino 25-28 novembre 1996: 297-301.*
2. S. Bargiggia: "Dipartimenti: un progetto pilota". *Il Polso, 1994; 6:26-30.*
3. P. Consiglio, R. Filosa Martone, Luigi Moschera: "Un pronto soccorso di qualità? garantire un buon clima organizzativo!" *Mecosan 1999; 31: 73-91.*
4. D.P.R. 27.03.1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza".
5. D.M. 11.04.1996 "Atto di intesa tra stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27.03.1992 Linee guida N.1/1996".

6. D.P.R. 01.03.1994 "Approvazione del Piano Sanitario Nazionale 1994-1996".

7. D.P.R. 23 luglio 1998 "Approvazione per il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000": *patto di solidarietà per la salute*".

8. E. Guzzanti: "Il dipartimento: nuovo modello organizzativo e funzionale degli ospedali", *Giornata di lavoro del ministro Guzzanti e degli Assessori regionali alla sanità, Napoli, maggio 1996.*

9. E. Guzzanti, F. Mastrilli, I. Mastrobuono, M.C. Mazzeo: "Aree funzionali omogenee e dipartimenti". *Federazione Medica, 1994; 4:292-295.*

10. *Joint commission on accreditation of healthcare organizations "Elaborazione sviluppo e applicazione degli indicatori in medicina d'urgenza". Ed. Centro Scientifico, Torino 1995.*

11. F. Lega: "Dalla struttura alle persone: considerazioni su natura, finalità e ruolo del dipartimento ospedaliero" *Mecosan 1999, n.30: 2-7.*

12. G. Ottone (a cura di): "Pronto soccorso, servizi di emergenza, 118", *Ed. Centro Scientifico, Torino, 1996; 103-120.*

13. M. Loiudice: "La gestione del cambiamento in sanità, manuale teorico pratico di project management per operatori sanitari". *Ed. Centro Scientifico, Torino 1998.*

14. P. Rotondi, C. Lazzaro: "Progettazione organizzativa di un sistema integrato di gestione dell'emergenza sanitaria: il caso di Bologna soccorso", *Mecosan n.12..*

15. Sarti. S. Squarcione, A. Scarafuggi, C. Neri: "Strutture Direzionali e Strumenti di Integrazione". *Annali di igiene e medicina preventiva e di comunità, luglio agosto 1998 Vol.10, n.4:94..*

16. Soragna: "La riorganizzazione del DEA-Pronto Soccorso". *L'Ospedale, 1998, n.5:5-8.*

INTERPUMP



GROUP



FLOOR

PULEX

Teknova

FAIP

SIRIO

Prattisati

Portotecnica

S
soteco

EMT ITALIA

Euro
mop

EURO
FRECCANGE

La valutazione dei progetti: problemi tecnico-legislativi

Riassunto

Le lacune ancora presenti nell'attuale normativa in tema di appalti pubblici (a parte alcuni contributi laddove, ad esempio, la legge detta il criterio della prevalenza come risolutorio nelle ipotesi di appalti misti – art.3, comma 3, DLgs 17 marzo 1995, n. 157) e, in particolare, la mancanza di chiarezza legislativa che da sempre caratterizza l'appalto di servizio in confronto all'appalto di fornitura influiscono sulla definizione della valutazione del progetto tecnico abbinato alla procedura della licitazione privata e dell'appalto concorso.

Inoltre, non hanno avuto riscontro le novità introdotte dal Decreto del Presidente del Consiglio n° 117 del 13 marzo 1999 che intendeva agevolare la valutazione da parte dell'Ente Pubblico dell'offerta economicamente più vantaggiosa, emarginando i criteri di valutazione basati esclusivamente sul prezzo, aprendo la strada ad una legge in linea con i dettati della Comunità Europea ed orientata alla qualità.

Forse apparirà superfluo ricordare che valutazione economica e valutazione del prezzo non dovrebbero coincidere, ma è proprio a tale approssimazione che si riduce la disamina delle offerte quando viene a mancare un pre – progetto dell'Ente che indichi alla Ditta concorrente i criteri da seguire nella stesura delle soluzioni progettuali. Viene così a mancare la possibilità di poter coniugare la prestazione al prezzo, e soprattutto di poter considerare l'organizzazione del servizio e la tecnologia di riferimento.

Presupposti fondamentali, per non essere attratti nel vortice della gara al massimo ribasso, sono l'attenta stesura del Capitolato Tecnico depositario di quei criteri ed elementi che permettono la predisposizione del progetto e il rigoroso rispetto degli obiettivi della valutazione e delle fasi con cui essa deve articolarsi (predisposizione di una griglia di valutazione, individuazione di una soglia minima di ammissibilità dei progetti esaminati alla fase di valutazione del prezzo, "par condicio" tra valutazione del prezzo e valutazione della qualità). Inoltre, appare errata la pratica da molti intrapresa di valutare la qualità in modo comparativo, prendendo come base un progetto tecnico e comparando a questo le altre soluzioni progettuali.

In futuro bisognerà abbandonare l'attuale paradigma su cui si fonda la costruzione del Capitolato Tecnico, e con una salutare virata, percorrere un nuovo iter identificando i criteri, gli indicatori e gli standard per la misurazione del risultato atteso e su questi, definire la metodologia di valutazione degli appalti.

Summary

The gaps that are still present in current legislation concerning the subject of public bids (with the exception of a few parts, where, for example, the law establishes pre-eminence as the resolutive criterion in the case of mixed public tenders – article 3, paragraph 3 Executive Order 17th March 1995, number 157) and, more specifically, the lack of clarity of the law, which has always been a feature of provisions regarding tender contracts for services respect to tenders for procurement, influence the definitions used for the assessment of the technical project when used in conjunction with the restricted tender procedure and the public competitive bid one. In addition, the new parts of the law introduced President of the Government Executive Order number 117 of 13th March 1999 have not been adopted, which were intended to facilitate assessment of the more cost-effective bid by a Public Body, by eliminating those assessment criteria based exclusively on price and paving the way for a law in line with the provisions of the European Community oriented towards quality. Perhaps it is superfluous to recall that economic assessment and cost assessment are not the same thing, but such a rough and imprecise approach is used to evaluate tenders when the Public Institution does not provide a project that identifies for the firms tendering the criteria that should be followed when drafting up solutions for projects. It is therefore not possible to confront the service elements with the cost and, above all, to make an assessment of the service and how it is articulated and what technology is being used. Fundamental premises for not falling into the trap of bidding that is solely based on the lowest price tendered, are a precise drafting of the Technical Specifications of Contract document that should contain all the criteria and elements that allow the project to be set up as well as rigorous respect of the objectives used for assessment and the various steps into which it should be divided (the drafting of a set of assessment objectives, identification of the minimum threshold for reviewing projects at the price assessment step, "all things being equal" between an assessment of price and assessment of quality). In addition, the practice adopted of assessing quality using a comparative yardstick appears to be wrong, when the base for the comparison is a technical project, which is compared to other types of project solutions. In the future, we will need to abandon the current system on which the drafting of the Technical Specifications for Contract document is based and, with a healthy step in the other direction, we should follow a new path that allows us to identify the criteria, the factors and the standards used to measure the expected result and based on these, define the method to be applied for assessing tenders.

La vigente disciplina, sia comunitaria che nazionale, utilizza una nozione piuttosto ampia di "appalto di servizi" che considera in termini di formula residuale comprendente tutte le prestazioni rese alle Amministrazioni Pubbliche che non possono altrimenti rientrare nell'ambito oggettivo di applicazione della normativa in materia di lavori pubblici e forniture.

La legge, in verità, detta anche un criterio – quello della prevalenza – risolutorio delle non ben definite ipotesi di appalti misti.

Gli appalti che, insieme alle prestazioni di servizi, comprendono anche l'esecuzione di lavori, sono considerati appalti di servizi qualora i lavori assumano una funzione accessoria rispetto ai servizi e non costituiscano l'oggetto principale dell'appalto; gli appalti di forniture e servizi sono considerati, invece, appalti di servizi quando il valore totale di questi è superiore al valore delle forniture comprese nell'appalto medesimo (art. 3 comma 3 del Dlgs. 17 marzo 1995, n. 157).

E' necessario partire dalla definizione di appalto di servizio in quanto la mancata chiarezza legislativa che questo genere di appalti ha sempre riscontrato nei confronti di quelli di fornitura, ha influito ed influisce ancora nella definizione della valutazione del progetto tecnico abbinato alla procedura della licitazione privata e dell'appalto concorso.

Pertanto è fondamentale superare lo stadio della gara al massimo ribasso che, in assenza di un pre-progetto dell'Ente, non consente di coniugare la prestazione al prezzo e, soprattutto, di prendere in considerazione né l'organizzazione del servizio, né la tecnologia di riferimento.

Questa considerazione è avvalorata dall'introduzione del Decreto del Presidente del Consi-

G Finzi(*), M. G. F. Ferrandino(*), P. Cugini(*).

(*) *Direzione Medica Ospedaliera - Azienda Ospedaliera di Bologna, Policlinico S. Orsola - Malpighi.*

PAROLE CHIAVE: PRESTAZIONI DELLE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE, APPALTI DI FORNITURE, APPALTI DI SERVIZI, DECRETO LEGISLATIVO MARZO 1999, CAPITOLATO TECNICO, METODOLOGIA DI VALUTAZIONE (DEGLI APPALTI)

glio n° 117 del 13 marzo 1999 che intende agevolare la valutazione da parte dell'Ente Pubblico dell'offerta economicamente più vantaggiosa, emarginando i criteri di valutazione basati esclusivamente sul prezzo, ed aprendo la strada ad una legge moderna, integrata ed al passo con i dettati della Comunità Europea ed orientata esclusivamente alla qualità.

Purtroppo le aspettative derivate dall'applicazione di questo Decreto Legislativo sono naufragate ed, anzi, la situazione si è ulteriormente complicata per quanto riguarda la definizione di una metodica chiara e trasparente di valutazione dei progetti tecnici.

Le responsabilità di questo naufragio sono da ricercarsi nel sistema e nel rapporto "virtuale" che esiste tra impresa esecutrice ed ente appaltatore.

Gli effetti che maggiormente si riscontrano sono i seguenti:

- La standardizzazione degli elementi di valutazione (art. 2 del DPCM 117/99) ha prodotto una standardizzazione dei progetti tecnici tali da far riemergere l'elemento prezzo rispetto alla qualità;
- L'Ente non riesce con risorse interne a definire una corretta valorizzazione delle prestazioni richieste contribuendo, in

questo modo, a determinare un elemento di evasione contrattuale già in fase di gara.

- Il progetto tecnico non è rappresentativo della qualità erogata, ma è semplice illustrazione teorica della capacità progettuale dell'azienda e, in qualche caso, diventa fortemente vincolante per l'Ente.
- Il sistema di autocontrollo proposto dalle Ditte difficilmente si integra nel processo di controllo previsto dall'Ente e quindi non è portatore di quella "cultura" orientata a salvaguardare sia le Pubbliche Risorse che i concetti di "serietà" e "professionalità" aziendale.

Lo scenario fin qui descritto, riscontrabile in molte realtà di servizi appaltati, evidenzia come il lavoro che una commissione tecnica, nominata per valutare un progetto, è chiamata a produrre sia estremamente difficile e delicato.

Per poter valutare un progetto, risulta indispensabile che esso sia redatto in modo adeguato rispetto ad uno schema predisposto dall'Ente, che deve indicare i criteri e tutti gli elementi utili per la predisposizione del progetto stesso.

L'esposizione dei criteri e una descrizione dettagliata degli elementi costituiscono la parte so-

stanziale del Capitolato Tecnico, aiutano il concorrente a percorrere in maniera ordinata i passaggi logici necessari per la stesura di un progetto e permettono alla commissione valutatrice di avere una visione d'insieme del progetto e della sua logica di costruzione.

Questa parte del Capitolato Tecnico diventa di fondamentale importanza in quanto induce le aziende di servizi a strutturare il progetto in modo che gli obiettivi generali e specifici, i mezzi disponibili ed i risultati attesi siano in stretta interrelazione.

La scarsa attenzione posta dall'Ente nella preparazione di questa fase del Capitolato d'onere vanifica l'obiettivo fondamentale di una gara basata sull'offerta economicamente più vantaggiosa che è quello di far sì che i mezzi, l'organizzazione ed i prodotti messi a disposizione possano produrre dei benefici e, di conseguenza, realizzare gli obiettivi individuati nella gara.

Il raggiungimento di questi obiettivi è di per sé garanzia dell'applicazione delle norme che contengono la disciplina del rapporto contrattuale intercorrente tra committente e soggetto appaltatore.

Per quanto concerne la valutazione del progetto tecnico occorre distinguere due fasi:

- La definizione degli obiettivi della valutazione;
- Le tecniche di valutazione;

Gli obiettivi generali della valutazione di un progetto tecnico sono:

- rendere l'operato istituzionale dell'Ente appaltatore omogeneo e trasparente;
- minimizzare il rischio di ricorsi di merito;
- guidare l'Ente nel privilegiare quei progetti che esprimono un

potenziale di gestione e di innovazione.

Ovviamente il sistema di valutazione riguarda esclusivamente la commissione tecnica insediata nel suo ruolo istituzionale ed è limitato a quella specifica gara ed a quel contesto tecnico - giuridico ed ha lo scopo di garantire che il progetto soddisfi le esigenze di efficacia e di efficienza espresse nel Capitolato Tecnico.

Le tecniche di valutazione si basano sull'esprimere un giudizio esclusivamente sulla documentazione presentata dalle aziende partecipanti alla gara all'Ente appaltante.

Il metodo di valutazione deve prevedere l'esame sistematico ed obiettivo delle soluzioni organizzative e gestionali proposte, del loro disegno, della loro implementazione e dei risultati che l'azienda si prefigge di raggiungere.

Le fasi di valutazione di un progetto tecnico sono le seguenti:

- a) la prima, che precede la fase di valutazione vera e propria, è la predisposizione di una griglia di valutazione nella quale ad ogni elemento considerato corrispondono più parametri a cui può essere attribuito un coefficiente prestabilito.

E' importante sottolineare che la scala di valutazione non deve essere di uguale ampiezza per tutti i parametri soggetti a valutazione ma che può essere più o meno ampia a seconda delle caratteristiche degli elementi considerati che possono essere più facilmente valutabili in termini matematici o in termini descrittivi.

Da notare, inoltre, che l'attribuzione dei coefficienti rientra nella piena discrezionalità che la legge attribuisce ad una commissione tecnica.

Inoltre, a ciascun fattore ponderale costituente la qualità oc-

corre attribuire un valore compreso tra 1 ed il valore massimo del fattore ponderale in modo da attribuire a tutti i sotto - elementi costituenti il fattore ponderale il punteggio massimo da esso ottenibile in relazione all'importanza attribuitagli dalla commissione tecnica.

La determinazione del punteggio di ciascun elemento viene effettuata moltiplicando il coefficiente centesimale, attribuito nella valutazione, per il punteggio di ogni sotto - elemento.

Al fine di effettuare scelte fondate, la griglia di valutazione dovrà esporre in maniera sintetica e non esaustiva gli aspetti positivi di ogni singola soluzione, quelli di aleatorietà o di non appropriatezza e quelli di negatività.

- b) la seconda è quella di stabilire, qualora non sia già stata determinata in capitolato tecnico, la soglia minima di ammissibilità dei progetti esaminati alla fase di valutazione del prezzo. Questa soglia è molto importante in quanto la valutazione del progetto deve misurare i benefici prodotti, la sua effettiva utilità ed il suo valore aggiunto. Progetti che ottengono una valutazione estremamente bassa non producono benefici, utilità e valore aggiunto.

- c) La terza è quella di definire una sorta di "par condicio" tra valutazione del prezzo e valutazione della qualità definendo a priori che i punteggi espressi per la qualità verranno riparametrati al punteggio massimo attribuibile. Dovrà essere assegnato al progetto tecnico che realizza il punteggio più alto il massimo punteggio attribuibile alla qualità ed agli altri progetti un punteggio direttamente proporzionale al punteggio massimo, adottando la stessa formula

utilizzata per attribuire i punteggi all'offerta economica.

Stabiliti i criteri di carattere generale che compongono il quadro di riferimento "normativo", la commissione tecnica procederà a definire, in maniera autonoma e discrezionale, le diverse griglie di valutazione dei singoli elementi soggetti a valutazione. Quindi per ogni elemento precedentemente determinato ed a cui è stato attribuito un fattore ponderale verrà stilata una griglia di valutazione.

La capacità di predeterminazione del servizio atteso, da parte dei membri di una commissione esaminatrice dei progetti tecnici, consente all'Ente di passare da una valutazione basata su elementi certi previsti nel capitolato tecnico nel contratto di servizi ad una valutazione basata sul risultato.

La valutazione di un progetto tecnico basato sul risultato non può prescindere da una attenta valorizzazione dei componenti tecnici, gestionali ed umani ritenuti importanti dall'Ente per poter produrre quel risultato.

La costruzione di griglie di valutazione basate sul risultato rappresenta il passaggio graduale della struttura Ospedaliera verso il proprio ruolo istituzionale, in conformità ai sistemi di accreditamento e di certificazione di qualità, che comporta la definizione prima e la misurazione poi del livello di qualità atteso ed erogato.

Bisogna produrre una selezione delle aziende sulla base delle loro reali capacità di erogare un servizio, stimolando il principale investimento che può garantire il risultato, rappresentato dalla formazione permanente delle risorse umane.

Si deve abbandonare la via, da molti intrapresa, di valutare la qualità in modo comparativo, prendendo come base un progetto

BISOGNA PRODURRE UNA SELEZIONE DELLE AZIENDE SULLA BASE DELLE LORO REALI CAPACITÀ DI EROGARE UN SERVIZIO, STIMOLANDO IL PRINCIPALE INVESTIMENTO CHE PUÒ GARANTIRE IL RISULTATO, RAPPRESENTATO DALLA FORMAZIONE PERMANENTE DELLE RISORSE UMANE.

tecnico e comparando a questo le altre soluzioni progettuali.

L'adozione di un simile metodo porta ad una riduzione dei risultati attesi, non serve a produrre selezione, a stimolare investimenti e tanto meno a garantire una reale gestione del contratto di risultato.

Il passaggio che deve essere fatto, per essere in grado nel prossimo futuro di valutare progetti di servizi in gestione esterna, consiste nel rompere l'attuale paradigma su cui si fonda la costruzione del Capitolato Tecnico e percorrere un nuovo iter identificando i criteri, gli indicatori e gli standard per la misurazione del risultato atteso e su questi, definire la metodologia di valutazione degli appalti.

Infine, è utile sottolineare che la predisposizione di una griglia di valutazione di un progetto tecnico è materia specifica che non può prescindere dalla conoscenza degli obiettivi che si sono definiti nella fase di elaborazione del capitolato tecnico e/o del risultato atteso e che, la presenza in commissione di quanti hanno contribuito ad elaborare il progetto tecnico dovrebbe essere obbligatoria, poiché garantisce una pluralità di vedute rispetto alla qualità attesa.

Bibliografia

1. Amadei M.: "I controlli di qualità nel settore della sanificazione ambientale". Atti del Congresso Nazionale AMDO, Bologna 16 - 19 aprile 1997.

2. Rizzato E.: "Il punto di vista del direttore sanitario sulla gestione appaltata". Atti del Congresso Nazionale AMDO, Bologna 16 - 19 aprile 1997.

3. Tinarelli A.: "L'affidamento in gestione esterna di servizi pubblici: gli strumenti formativi". Atti del Congresso Nazionale AMDO, Bologna 16 - 19 aprile 1997.

4. Kob K., Girardi F., Bombonato M., Almici M.: "La programmazione dei servizi di supporto in gestione esterna". Atti del Congresso Nazionale AMDO, Bologna 16 - 19 aprile 1997.

5. Cencetti S.: "Il servizio alberghiero globale in gestione esterna". Atti del Congresso Nazionale AMDO, Bologna 16 - 19 aprile 1997.

6. Decreto Legislativo 17/03/1995, n. 157, "Attuazione della direttiva 92/50/CEE in materia di appalti pubblici di servizi".

7. Decreto del Presidente del Consiglio 13/03/1999, n. 117, "Regolamento recante norme per la determinazione degli elementi di valutazione e dei parametri di ponderazione dell'offerta economicamente più vantaggiosa di cui all'articolo 23, comma 1, lettera b), del D. Lgs. 17 marzo 1995, n. 157, per l'aggiudicazione degli appalti di servizi di pulizia degli edifici di cui alla categoria 14 della classificazione comune dei prodotti 874, contenuta nell'allegato 1 al D. Lgs. n 157/1995".

Il centro ustioni un reparto ad alto rischio

Riassunto

Il rischio di complicanze infettive per l'ustionato rappresenta ancor oggi un problema rilevante sia per quanto concerne l'efficacia delle prestazioni assistenziali sia per il peso che esse comportano nei confronti dei malati e nel bilancio della spesa sanitaria.

Con l'obiettivo prioritario del controllo di tale rischio, si propone una organizzazione del reparto ustioni in cui, in funzione della peculiarità del paziente ustionato, sono considerati attentamente aspetti strutturali e gestionali: adeguata progettazione e funzionalità del reparto, eventuale contaminazione microbica, corretta "politica" nell'utilizzo di antisettici e disinfettanti, periodico aggiornamento del personale.

In particolare, per quanto concerne l'aspetto strutturale, è stato delineato uno "schema progettuale tipo" di un centro ustioni dotato di un'area di accettazione e prima cura, una di degenza e cura intensiva.

Sono inoltre previsti impianti differenziati di climatizzazione, a seconda delle zone, per assicurare adeguati parametri microclimatici.

Inoltre, dal punto di vista gestionale, particolarmente utile sarà l'adozione di protocolli operativi e schemi d'uso per asepsi/disinfezione, per l'accettazione e l'adozione dei quali è necessario un attivo coinvolgimento del personale, realizzabile tramite un'attività informativa di aggiornamento scientifico inserita nell'ambito di un programma di corsi di addestramento e formazione permanente.

Ida Mura - Antonio Azara -
Ivana Maida - Enrico Frixia *

Istituto di Igiene e Medicina Preventiva -
Università degli Studi di Sassari
* Architetto di Tecnica ospedaliera

PAROLE CHIAVE: CENTRO USTIONI, INFEZIONI OSPEDALIERE

Summary

Abstract: The risk of infectious complications in burn patients is an important problem till today, because of the effectiveness of the medical care and its consequent effect on the patients and the health care expenditure.

Owing to this risk and to the peculiarity of the patients, it is suggested a new organization of the Hospital Burn Unit in which structural and managerial aspects are considered attentively: adequate planning and functionality of the Unit, surveillance against microbial contaminations, correct use of antiseptics and disinfectants, periodical refresher courses for the personnel.

As regards the structural aspect, the plan of the Burn Unit that has been projected shows an area devoted to the hospital admission and the first aid and others dedicated to the in hospital-stay and the intensive care.

Furthermore, to have adequate microclimatic parameters in each zone, different air-conditioning systems are provided for.

Besides it will be useful to adopt protocols for asepsis/disinfection, and to make them operative by involving the personnel in training and refresher courses.

Introduzione

Il rischio di complicanze infettive per l'ustionato rappresenta ancor oggi un problema rilevante sia per quanto concerne l'efficacia delle prestazioni assistenziali sia per il peso che esse comportano nei confronti dei malati e nel bilancio della spesa sanitaria.

La letalità per ustioni estese, attualmente valutabile intorno al 20-25%, pare in riduzione dall'inizio del secolo ad oggi: essa è pur sempre da ritenersi ancora molto elevata, nonostante i rilevanti progressi sia nell'ambito della terapia dello shock sia per quanto concerne la riparazione tessutale, oggi possibile con modelli sperimentali assai avanzati (17).

Le infezioni, infatti, rappresentano la prima causa di morte in pazienti con zone ustionate estese.

Poiché, purtroppo, fino a poco tempo fa, non esistevano a livello nazionale, veri "registri" o "attività epidemiologiche osservative sistematiche" in grado di strutturare dati descrittivi ed analitici sulla frequenza delle ustioni, è stato finora difficile delineare un modello epidemiologico utile per la programmazione e la organizzazione di specifici sistemi di sorveglianza, prevenzione, cura e riabilitazione.

Con la recentissima istituzione del "Registro Ustioni", si potrà, in un assetto programmatorio sanitario, realizzare ed adottare una re-

te nazionale informativa che consenta di avere dati epidemiologici reali ed aggiornati.

In tale ambito, in un contesto sanitario nel quale si nota una vivace evoluzione delle tecnologie e delle procedure assistenziali rivolte al paziente ustionato e nella necessità di una attenta razionalizzazione della spesa sanitaria attraverso la pianificazione di servizi adeguatamente efficaci ed efficienti, acquista un ruolo significativo l'adozione di una revisione critica delle misure di profilassi ed in particolare l'adozione di una corretta politica di antisettici e disinfettanti, anche attraverso l'uso di precisi schemi operativi al fine di ottenere una riduzione delle complicanze infettive (9,10,13,14).

L'organizzazione del reparto ustioni deve essere pertanto rivolta all'obiettivo prioritario del controllo del rischio infettivo (fig. 1).

Sotto tale aspetto debbono essere valutati in tali reparti ed, in generale, nelle aree critiche "ad alto rischio" alcuni aspetti:

1. FUNZIONALITÀ DEL REPARTO E DEL PERSONALE CHE VI OPERA
2. TIPO DI PAZIENTE
3. CONTAMINAZIONE MICROBICA
4. ANTISETTICI E DISINFETTANTI DA UTILIZZARE
5. FORMAZIONE Ed AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE

1) Un razionale piano di controllo del rischio infettivo non può prescindere da una adeguata strutturazione degli spazi operativi.

La legislazione italiana non è particolarmente aggiornata nel campo dell'edilizia sanitaria; le carenze sono ancora più evidenti per i reparti di terapia intensiva e per ustionati.

Vige ancora, infatti, il Decreto

Fig. 1. CONTROLLO DEL RISCHIO INFETTIVO.



del Capo del Governo del 20 Luglio 1939 "Approvazione delle istruzioni per le costruzioni ospedaliere" ampiamente superato dalla tecnologia e dalla moderna organizzazione ospedaliera (6); per alcuni aspetti, tale legislazione, è stata aggiornata dal D.P.R. 14.01.97 che fissa i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. Pertanto, per una corretta ed attuale strutturazione di un reparto ustioni, in considerazione di tali carenze legislative nazionali, sono stati finora applicati criteri dovuti all'esperienza internazionale, adattati, per quanto concerne le dimensioni degli spazi e la loro interconnessione, alle esigenze terapeutiche degli ultimi anni, alle necessità che la tecnologia elettromedicale impone all'opera edile e, non ultimo, alla esigenza oggettiva di realizzare ambienti sicuri per i loro fruitori (1,5,15).

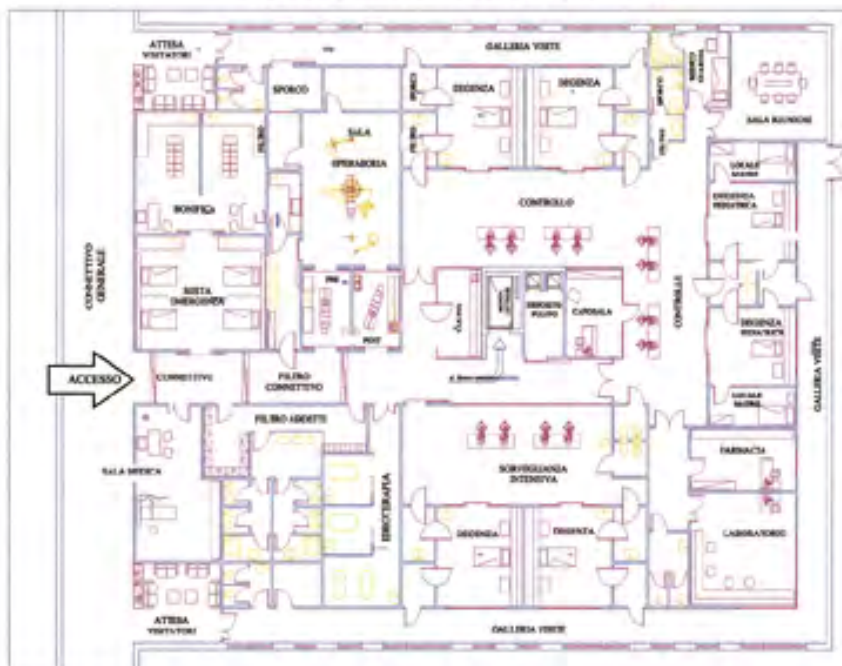
Il reparto per ustionati presenta, nel complesso, problemi sia chirurgici, che medici e psicologici dei pazienti ed assomma in sé le caratteristiche della terapia intensiva ad "unità singola" con

quelle di una degenza "altamente sterile", con accorgimenti distributivi ed impiantistici diversi per il tipo di paziente ricoverato.

Un primo aspetto da affrontare in un problema che ha particolari risvolti anche socio-economici legati al territorio di utenza, è la collocazione del reparto ed il dimensionamento che, oltre agli standards definiti, deve tenere conto della presenza nell'area di insediamenti industriali ad alto rischio di incendi ed esplosioni, oltre che alla frequenza di incidenti domestici, soprattutto nell'età infantile (4). Sulla base di tali premesse e considerazioni, abbiamo voluto, in collaborazione con un architetto di tecnica ospedaliera, delineare uno "schema progettuale tipo" di un "Centro per ustionati", articolato nel rispetto dell'asepsi e della normativa vigente e delle linee guida previste dalla peculiare condotta terapeutica. E' stata prevista in esso una suddivisione globale in due macrosezioni (4):

- un'area di accettazione e prima cura (che rappresenta gran parte dello spazio totale), supportata da un efficiente sistema distributivo che consenta un facile e funzionale accesso del persona-

Fig 2. SCHEMA PROGETTUALE TIPO PER UN CENTRO USTIONI DA 6 POSTI LETTO



le, dei pazienti e del materiale;

- un'area di degenza e cura intensiva (con rigorosa divisione dei percorsi "pulito" e "sporco", non solo per il rischio infettivo, ma anche per l'abbondante quantità di materiali d'uso e di rifiuti che vengono eliminati dai reparti).

In particolare, lo "schema tipo" (fig. 2) di un reparto ustioni, prevede un'articolazione in:

- camera di bonifica: in questo spazio viene svolta la pratica di accettazione e operata una prima pulizia del paziente. In alcuni centri più grandi, ove si suppone possano affluire più casi contemporaneamente, si rende necessaria una prima sala utilizzata come locale di sosta di emergenza con una capacità di 3-4 posti letto, differenziata per percorsi (pulito e sporco);
- sala di medicazione: deve consentire un intervento di prima cura e deve essere adiacente e possibilmente comunicante con la sala di bonifica e sosta di emergenza;

- camera di decontaminazione: il personale medico e infermieristico deve comunque passare, prima di accedere al reparto, attraverso locali ove deve avvenire il cambio abiti e calzari e la pulizia personale;
- sala operatoria: nei casi ove sia necessario un intervento chirurgico e di trapianto occorre disporre di una sala operatoria completamente attrezzata anche per i casi di pronto soccorso, dotata di apparecchiature specifiche. Ad essa devono essere annessi gli ambienti di lavaggio chirurgici, di sterilizzazione, di preparazione e di risveglio che completeranno l'unità operatoria;
- camera di idroterapia: all'interno dell'organizzazione spaziale va predisposto un vano per l'idroterapia. Tale vano deve essere di dimensioni sufficienti per accogliere capienti vasche facilmente accessibili, meglio ancora se alcune già predisposte per l'utilizzo da parte di bambini; le vasche dovranno essere inoltre mobili in modo da consentire il tra-

sferimento del malato direttamente dal letto e viceversa;

- si può identificare, nei casi in cui vi sia una adeguata richiesta territoriale nei confronti della struttura assistenziale, l'opportunità di disporre di una camera iperbarica, con cilindro pressurizzato nel quale viene introdotto il paziente. Le varie zone operative sono interconnesse da filtri a bussola in iperpressione per mantenere le condizioni di sterilità negli ambienti a rischio.

Inoltre:

- un'area di degenza, con stanze di superficie superiore a quella media delle altre terapie intensive (20-25 mq sufficienti per permettere di affiancare un altro letto per il cambio e la bonifica del primo e per le numerose apparecchiature richieste). Nella configurazione proposta sono disponibili 6 posti letto, di cui 2 standard, 2 dedicati alla sorveglianza intensiva con annessi monitor in locale attiguo, e 2 finalizzati a degenze pediatriche con eventuale annesso locale per la madre, zona filtro e servizio igienico in comune; nella zona degenza sono disposti inoltre locali per la lavapadelle, servizi igienici per gli addetti, stanza medico di guardia e soggiorno / locale riunioni;
- un'area di monitoraggio, dotata di postazione per la caposala. Sempre in posizione baricentrica è predisposto il locale di deposito del materiale pulito, immediatamente attiguo ai montacarichi dedicati. Prospiciente, un montalettighe per eventuali trasferimenti urgenti ad un ulteriore blocco operatorio.
- I locali per la fuoriuscita del materiale sporco, dalle stanze di degenza o dalla sala operatoria, accedono tutti alla galleria perimetrale impedendo pertanto incroci dei percorsi pulito / sporco.

E' previsto un locale per il de-

posito dei farmaci ed attigua una sala di lavoro per l'allestimento di preparati medicamentosi e di alcuni immediati controlli chimico-clinici.

Per i visitatori, si ricorre generalmente alla soluzione della sopra citata galleria (dotata di area di attesa e relativi servizi igienici) con aperture nelle pareti divisorie, che consentono di osservare il paziente attraverso un vetro sigillato (7,16).

Per quanto concerne l'impiantistica del reparto, questa risulta quanto mai complessa. Bisognerebbe, a tale riguardo, prendere in considerazione l'impianto di climatizzazione, di gas medicali, la rete idrico-sanitaria e l'impianto elettrico, previsti nel "progetto tipo" proposto.

In particolare, la climatizzazione deve prevedere impianti differenziati a seconda delle zone perché possa essere garantito un microclima ideale sia per il paziente (dal momento che la cute ha perso la sua proprietà impermeabile ai microrganismi e consente forti processi di disidratazione, peraltro compensabili con la regolazione dell'UR) che per gli operatori.

Tale impianto dovrà assicurare temperature comprese tra i 22 ° e 25°C, con una Umidità Relativa del 40-60%, con ricambi d'aria da 8-10 / 12-20 /ora e velocità pari a 0,3-0,4 m/sec.

Non è ammissibile il ricircolo dell'aria (1,8,11,18).

L'impianto di gas medicali deve consentire di effettuare sia prestazioni terapeutiche che di primo intervento; pertanto nella zona di accettazione dovranno essere collocati dei testatletto con ossigeno ed aspirazione.

Nella sala operatoria per i trapianti, la dotazione dovrà essere completa e prevedere le utenze a muro per il chirurgo e separatamente per l'anestesista e, ove le dimensioni lo consentano, l'adozione di unità pensili.

L'impiantistica relativa alla rete idrico-sanitaria deve essere tale da permettere l'utilizzo e l'installazio-

ne di apparecchi sanitari con scarichi in acciaio inox, facilmente smontabili e sterilizzabili. Le vasche per idroterapia devono essere di dimensioni maggiori di quelle normalmente previste per il bagno assistito e dotate di ruote per un facile spostamento. L'impianto elettrico deve essere dimensionato per i carichi di potenza elettrica installati e comunque supportato da gruppi elettrogeni e di continuità che permettano alle zone a rischio di continuare a lavorare anche nel caso di black-out prolungato.

Per una maggiore completezza della dotazione impiantistica, risulta utile l'installazione di telecamere a circuito chiuso.

E' opportuno che un moderno ospedale tenga conto, oltre che delle più attuali scelte tecnologiche nell'impiantistica, anche di scelte spaziali cromatiche che contribuiscano a migliorare la condizione psicologica del paziente.

Questi, infatti, vive l'ospedalizzazione in uno stato emotivo di fragilità, interiorizzando paure, ansie e aspettative, fuse in un complesso stato affettivo ed emozionale. È evidente pertanto l'importanza di attribuire un ruolo rilevante non solo all'organizzazione distributiva, ma anche alla qualità degli spazi, intendendo con tale termine tutto ciò che, colpendo la percezione sensoriale del paziente, ne determina una migliore accettazione del luogo in cui è costretto a vivere: dovranno quindi essere previste zone vetrate che consentano ai pazienti di rendersi conto della presenza dei medici e degli infermieri e, se opportuno, dei visitatori.

I criteri generali suggeriscono anche l'uso di colori caldi con tonalità dal giallo al verde che contribuiscono a infondere una sensazione di maggior leggerezza; al contrario i colori freddi, pur dando una sensazione di maggior ampiezza degli spazi, possono indurre stati depressivi (16).

2) In un "reparto ustioni" il rischio di infezione è strettamente legato,

anzi aggravato, dal tipo di paziente presente: si tratta, per lo più, di un ospite compromesso, di età spesso giovanile (50% inferiore a 20 anni e tra questi particolarmente frequenti i bambini) (3) che, in base all'estensione, gravità e sede dell'ustione, può presentare squilibri idroelettrolitici, ipoproteinemica, iposodiemia, acidosi metabolica e spesso acidosi respiratoria, alterazioni dell'immunità umorale e cellulosa-mediata, shock. a ciò si aggiunge tutta una serie di interventi, trattamenti terapeutici, applicazioni di presidi sanitari od altre manipolazioni (cateteri venosi, tubi endotracheali, cateteri vescicali, uso di respiratori automatici, ecc..) che, riducendo ulteriormente le difese immunitarie o favorendo l'ingresso naturale dei microrganismi, concorrono ad aumentare la suscettibilità alle infezioni.

3) Il rischio infettivo costituisce, pertanto, un notevole pericolo potenziale per il paziente.

L'instaurarsi di una infezione in un paziente ustionato dipende comunque dalla contaminazione batterica: le sorgenti di infezione sono di tipo endogeno (fattore facilitante è la stessa ospedalizzazione che induce variazioni della flora endogena) ed esogeno (a causa della loro estensione e lenta chiusura, le ustioni sono più esposte delle ferite traumatiche o chirurgiche ai rischi di contaminazione attraverso l'aria o in seguito a procedure invasive terapeutiche e/o diagnostiche) (2,3).

Peraltro, oltre alle già citate condizioni predisponenti dei pazienti:

- a) frequentemente, nel reparto, si assiste ad una colonizzazione di microrganismi antibiotico-resistenti di difficile dominio: i numerosi contatti col personale d'assistenza e con gli altri pazienti, favoriscono il rischio di infezioni crociate;
- b) spesso si riscontra una limitata efficienza dei sistemi di control-



lo igienico e le caratteristiche dei locali non rispondono agli standards previsti.

In considerazione, quindi, dell'elevata suscettibilità degli ustionati nel contrarre infezioni ospedaliere è opportuno adottare norme e precauzioni ancora più restrittive di quelle impiegate normalmente in altri reparti, non trascurando controlli routinari sia dell'ambiente che del personale ospedaliero (12) eseguiti secondo protocolli routinari di monitoraggio e controllo concordati fra Direzione Sanitaria, Servizio di Igiene ospedaliera e laboratorio di Microbiologia ed articolati in esami microclimatici, microbiologici su pazienti, operatori sanitari e sull'ambiente, con campionamenti attivi e / o passivi su aria, superfici e apparecchiature.

Particolare attenzione va rivolta ai controlli:

- sui mezzi di sterilizzazione;
- sui prodotti preparati localmente (eventuali liquidi di dialisi, unità di sangue, liquidi per iperalimentazione, ecc.);
- sul materiale sanitario o sui prodotti commerciali dichiarati sterili;

- sulle soluzioni di antisettici e disinfettanti allestite.

Risulta di notevole importanza la presa di coscienza, da parte del personale di assistenza, del necessario rigore igienico nelle procedure operative con lavaggio ed uso di antisettici per le mani quale atto fondamentale di comportamento, nonché l'utilizzo di indumenti puliti e comodi da cambiare quotidianamente e l'accurata asepsi nelle manovre di medicazione.

Di particolare rilevanza il controllo dell'affluenza dei visitatori di cui va limitato l'accesso alle sole aree riservate.

4) Al ruolo primario che nel controllo delle infezioni è attribuito all'uso di antisettici/disinfettanti fa spesso riscontro una loro frequente disordinata e indiscriminata applicazione (fig. 3).

Le ragioni vanno ricercate:

- nella spesso inadeguata ed insufficiente preparazione del personale all'uso di antisettici/disinfettanti;
- nella irregolare fornitura degli stessi (per motivi economici, amministrativi o di difficoltà di approvvigionamento);

- nella carenza di indicazioni sull'"uso corretto" nei reparti a diverso rischio;
- nella carenza di normative che regolano gli standards di efficacia antimicrobica richiesta per un dato impiego e dei protocolli operativi per i provvedimenti routinari di antisepsi/disinfezione;
- nella vasta gamma di composti presenti nel commercio (9).

Sulla base di tali considerazioni, gli elementi fondamentali che consentono di impostare una corretta politica per la gestione di antisettici/disinfettanti da adottare in un "centro per ustioni" e, più in generale, in un reparto "ad alto rischio", possono essere così riassunti (fig. 4):

- a) identificazione del reale bisogno, attraverso indagini preliminari che valutino le situazioni che richiedono i diversi interventi (sanificazione, antisepsi/disinfezione, sterilizzazione);
- b) conoscenza delle condizioni ottimali di attività dei composti;
- c) stesura di protocolli operativi per standardizzare strumenti e modalità di sanificazione, antisepsi/disinfezione e sterilizzazione, di cui al punto a), e schemi per l'uso di antisettici e disinfettanti sulla base del meccanismo d'azione, dei livelli di efficacia, della loro tossicità, degli effetti indesiderati sui substrati;
- d) impegno della diffusione di queste norme con un'opera di informazione ed aggiornamento a tutto il personale sanitario;
- e) verifica dell'efficacia dei provvedimenti (14).

5) Per ottenere un buon grado di accettazione e funzionalità dei protocolli operativi e degli schemi d'uso, è opportuno un attivo coinvolgimento del personale.

Sarà pertanto indispensabile e necessaria un'attività coordinata e sistematica di aggiornamento scien-

tifico realizzabile nell'ambito di un programma di formazione permanente con corsi di addestramento per il personale medico, infermieristico, soprattutto di nuova assunzione, mirati alla conoscenza delle condizioni che possono influenzare l'attività di antisettici e disinfettanti ed orientare la scelta dei composti idonei per le elettive indicazioni.

Gli interventi coordinati in questo senso appaiono, infatti, ancora limitati: i programmi di formazione del personale infermieristico non hanno finora trovato una formalizzazione sistematica continuativa.

Le esperienze di alcune sedi, soprattutto con l'istituzione dei Corsi di Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche, rappresentano una importante opportunità sia per la messa a punto di metodi didattici che per la formazione di personale altamente qualificato. Dovranno inoltre seguire altre esperienze per la standardizzazione di contenuti e metodi di formazione medica, infermieristica e riabilitativa, per la stima del fabbisogno di personale specializzato e per la creazione di poli formativi che consentano di rispondere a tali bisogni.

In tale politica, momento rilevante sarà la verifica precisa e sistematica dell'osservanza dei protocolli operativi (verifica di "processo" e di "prodotto") e dei controlli sulla validità delle scelte fatte e sulle modalità d'uso (fig. 5).

L'ottimizzazione del trattamento assistenziale andrà inoltre validato - in considerazione degli elevati costi sostenuti da tali reparti - tramite l'adozione di metodologie di analisi economica sempre più opportune viste le attuali esigenze di razionalizzazione della spesa da parte del S.S.N..

Bibliografia

1. G.A.J. Ayliffe, J.C. Lawrence, E.M. Cooke, K.C. Judkins, J.A.D.

Fig. 4. CORRETTA "POLITICA" PER LA GESTIONE DEI DISINFETTANTI.

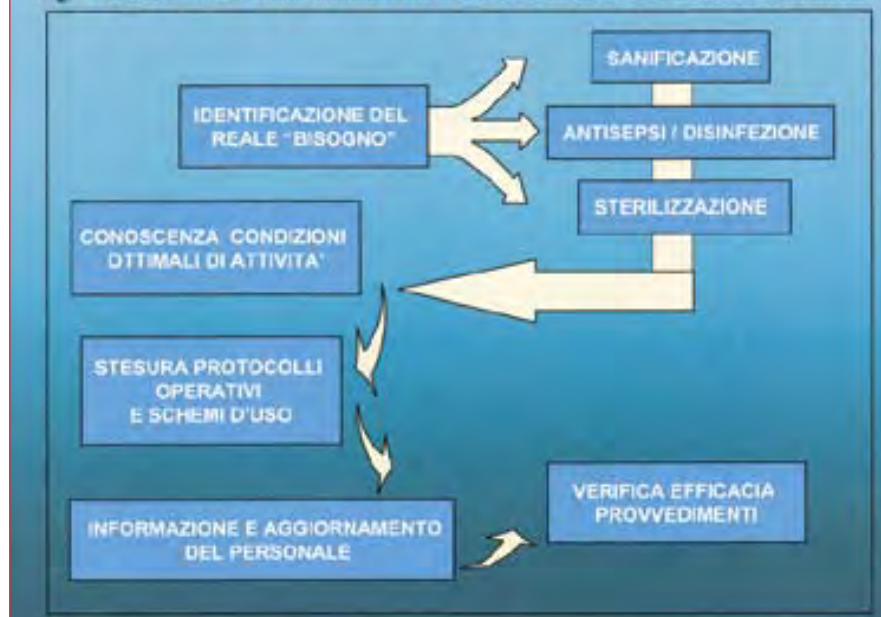


Fig. 5. VERIFICA OSSERVANZA PROTOCOLLI OPERATIVI.



Settle, P.J. Wilkinson: *Principles of design of burn units: report of a Working Group of the British Burn Association and Hospital Infection Society. Burns*, 18, 137-138, 1992.

2. G. Barbaini, F. Cecchini, C. Signorelli, G.M. Fara: *I reparti di terapia intensiva. Parte seconda: Aspetti igienici ed ambientali. View & Review*, 9, 22-31, 1994.

3. D. Barisoni: *Le ustioni e il loro trattamento. Piccin Editore*, 1984

4. C. Catananti, A. Cambieri: *Igiene e tecnica ospedaliera. Terapie intensive specialistiche. Pensiero scientifico editore. Roma*, 1990.

5. J. Coakley: *Aspects of intensive care unit design..Never underestimate the amount of space required. British journal of intensive*

care; october, 289-293, 1995.

6. Decreto Capo Governo 20 luglio 1939 "Approvazione delle istruzioni per le costruzioni ospedaliere"

7. G. Del Vecchio: Igiene e tecnica ospedaliera. Il pensiero scientifico, Roma, 1971.

8. P. Lessieur: Condizionamento. I sistemi di ventilazione e condizionamento per i reparti di terapia intensiva in Francia. Tecnica ospedaliera, 3, 50-54, 1993.

9. A. Maida, I. Mura, A. Azara: Criteri di scelta dei disinfettanti in ambiente ospedaliero. Atti 27° Congr. Naz. Ass. Microbiologi Clinici Italiani A.M.CL.I., Rimini, 15-17 settembre 1988.

10. A. Maida, I. Mura, P. Castiglia, M.D. Masia, L. Pesapane: Disinfectant activity against isolated hospital strains, in relation to their an-

tibiotic resistance. Journ. of Chemotherapy 3, suppl. n°4, 111-113, 1991.

11. G. Martinazzoli: Gli impianti ospedalieri; guida alla progettazione integrata. La Nuova Italia Scientifica, Roma 1995.

12. M.L. Moro: Infezioni ospedaliere. Prevenzione e controllo. Centro Scientifico Editore. Torino, 1993.

13. I. Mura, E. Muresu, M.D. Masia, E. Angius, A. Palmieri: Epidemiologia e profilassi delle infezioni ospedaliere nella U.S.L. di Sassari: profilo delle resistenze batteriche ad agenti antimicrobici di largo impiego. Nota 1: Antibiotici. Annali Igiene, Med. Prev. e di Comunità 3, 387-403, 1991.

14. I. Mura, E. Muresu, M.D. Masia, L. Pesapane, A. Palmieri, N. Castiglia: Epidemiologia e profilassi

delle infezioni ospedaliere nella U.S.L. di Sassari: profilo delle resistenze batteriche ad agenti antimicrobici di largo impiego. Nota 2: antisettici / disinfettanti. Annali Igiene, Med. Prev. e di Comunità, 3: 405-418, 1991.

15. F. Rossi Prodi, A. Stocchetti: L'architettura dell'ospedale. Alinea editrice S.R.L. Firenze, 1992.

16. F. Spinelli, E. Bellini, P. Bocci, R. Fossati: Lo spazio terapeutico. Alinea, Firenze, 1994.

17. S. Teich Alasia, G. Magliacani: Ustioni. USES Edizioni Scientifiche. Enciclopedia Medica Italiana, Firenze, 1988

18. G. Trianni, K. Petropulacos, M. Pini, A. Messori: Criteri e igiene ospedaliera. Tecnica ospedaliera, 10, 46-54, 1993.



LIDI SERVICE
L'organizzazione del pulito



I nostri servizi

- servizio di noleggio, lavaggio, disinfezione, stiratura, imballaggio, trasporto e distribuzione presso il cliente di biancheria piana e confezionata;
- servizio di noleggio, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di materassi e cuscini;
- servizio di sterilizzazione della teleria da sala operatoria;
- servizio di gestione del guardaroba presso il cliente e lo svolgimento delle attività ad esso connesse presso gli stabilimenti della Lidi Service.

Lidi Service S.r.l.
Strada Romea, 15
44029 Porto Garibaldi (FE)
Tel 0533/327195
Fax 0533/325649

CWVS

Team Health Service

L'OFFERTA COMPLETA ED INTEGRATA PER LE STRUTTURE SANITARIE



BestDry:
il nuovo sistema asciugante e igienizzante automatico.



Arribac:
la sicurezza dell'azione disinfettante, la delicatezza della glycérine.



AiryStar:
il nuovo sistema igienizzante per la disinfezione automatica.



Hymg:
il nuovo sistema igienizzante per grandi ambienti.

Servizio Towel asciugamani monouso suffocabili in cotone • **Servizio Foam** detergente con effetto in schiuma per le mani • **Servizio Washcom** tutti i prodotti per l'igiene nel bagno • **Servizio Dust Control** barriere antipolvere per la protezione del pavimento • **Servizio Air Control** profumatori e deodorizzatori per l'ambiente • **Servizio Sanitizer** sanificatore automatico per WC • **Servizio Clean Seal** sigilli WC autopulenti e autosanizzanti • **Servizio Lady Care** raccolta e smaltimento degli assorbenti igienici • **Servizio Euro Purify** depurazione dell'aria ambiente

eurosei 

Eurosei S.p.A. - Via Roma, 11 - 16121 Genova
Tel. 010.55441 - Fax 010.532795

www.cwvs.com

AMCO

Amco S.p.A. - Via Algeri, 4 - 20145 Milano
Tel. 02.30041 - Fax 02.39214003

Il processo di accreditamento e il ruolo nella competizione

Riassunto

La regione Lombardia ha definito i presupposti organizzativi del servizio e i criteri di riordino della rete ospedaliera e chiaro che l'erogazione delle prestazioni specialistiche avviene sulla base dell'accREDITAMENTO. Il relativo iter procedurale è stato definito con la individuazione degli ulteriori requisiti rispetto a quelli previsti dalla norma nazionale. Il mancato possesso dei requisiti pregiudica la possibilità che la struttura eroghi prestazioni per conto del servizio sanitario regionale che li richiede ad ogni struttura accreditata a tutela del cittadino e ai fini del miglioramento continuo della qualità. Il processo viene attuato attraverso una dettagliata definizione degli strumenti, delle procedure e mediante un percorso di formazione degli operatori addetti alla verifica del possesso dei requisiti. È stato definito lo schema tipo degli accordi contrattuali che rappresenta l'impegno a mantenere nel tempo i requisiti autorizzativi e di accreditamento nonché a percorrere nel tempo la strada della certificazione dei processi.

Questo sistema, che costituisce il prerequisito per l'attivazione di una concorrenza fra le aziende, si fonda sull'idea che il conseguimento di obiettivi di qualità e di efficienza della rete ospedaliera necessita di due motori di cambiamento. Il primo, interno all'azienda, è il management; il secondo, esterno all'azienda, è la concorrenza tra erogatori di prestazioni.

Summary

Lombardia RHA promoted a programme for accreditation of hospital and health services according to national and regional legislation on this subject. This legislation aims at making the delivery of services fun-

ded by the NHS only if the provider (no matter if public or private) can be recognised by the RHA as accredited having accomplished criteria, verifiable using a set of indicators. This can be seen as the premise to achieve a real competition between public and private sector. In fact under an internal market regimen the providers have to be homogeneous and comparable in terms of quality of care provided. The procedure started in 1998 and is still running with respect to the structure of the organisation, the system of responsibilities, mission, vision, strategic planning, customer satisfaction, quality improvement. The article describes in some details this process and gives some preliminary results and the foreseen developments in the short period. The objectives of achieving a better quality and efficiency system will be reached in so far as two main tools will work: management inside the health care providers and competition in the arena outside.

F.Auxilia¹, E.Maltagliati², P.Meroni³,
G.Pelissero⁴, M.Triulzi⁵

¹Istituto di Igiene e Medicina Preventiva Università di Milano – IRCCS Ospedale Maggiore di Milano

² Direzione Sanitaria PAT – Milano

³ Direzione Generale Sanità – Assessorato alla Sanità della Regione Lombardia

⁴ Dipartimento di Medicina preventiva, occupazionale e di comunità (Sezione di igiene)– Università di Pavia Sovrintendenza Gruppo Ospedaliero San Donato

⁵ Direzione Sanitaria IRCCS - Ospedale Maggiore Milano

PAROLE CHIAVE: ACCREDITAMENTO, ORGANIZZAZIONE SANITARIA, RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO IN SANITÀ
KEY WORDS: ACCREDITATION, HEALTH SERVICE MANAGEMENT, PUBLIC-PRIVATE MIX IN HEALTH CARE

Introduzione

Traendo le premesse dalle indicazioni in materia di aziendalizzazione delle Unità Sanitarie Locali contenute nei Decreti Legislativi 502 e 517, la cosiddetta Riforma bis del Servizio Sanitario Nazionale (1,2), la Regione Lombardia ha avviato un proprio originale esperimento di organizzazione sanitaria, che ha trovato la propria espressione formale nella legge Regionale 31/97, e che si è concretamente iniziato a realizzare nel triennio 1997-2000 (3).

Gli elementi caratterizzanti di tale esperimento possono così essere sinteticamente ricordati:

a. Netta separazione fra le Aziende Sanitarie Locali (ASL) e le Aziende Ospedaliere (AO). Questa decisione restituisce alle strutture ospedaliere l'individualità di cui disponevano prima della L. 833/78 (4), individualità che, per

altro, almeno nell'area metropolitana milanese non avevano mai completamente perso, in attuazione di indicazioni programmatiche regionali che all'epoca furono definite "rito ambrosiano".

- b. Riconoscimento di una sostanziale parità fra le aziende ospedaliere di diritto pubblico e le numerose aziende ospedaliere di diritto privato presenti sul territorio regionale (IRCCS, Ospedali Classificati, Case di Cura). A questa determinazione si è accompagnata una redistribuzione dei posti letto fra le diverse aziende, che ha comportato un piccolo ma significativo incremento percentuale della presenza di posti letto privati nella rete ospedaliera lombarda, passati dal 21,6% del 1996 al 26,9% del 1999.
- c. Avvio del sistema di pagamento a prestazione con applicazione della metodologia DRG alla maggior parte delle attività ospedaliere, in modo uguale per tutti gli erogatori indipendentemente dalla natura giuridica.

In realtà le Aziende Ospedaliere di diritto pubblico hanno goduto, e godono tuttora, di un sistema finanziario di compensazione dei disavanzi, anche se è apprezzabile un orientamento rivolto a riportare tutte le aziende ad una effettiva condizione di eguaglianza.

Gli orientamenti regionali così sinteticamente riassunti hanno aperto, come è noto, un dibattito tecnico e politico quanto mai vivace e tutt'ora in corso, non fosse altro per la contrapposizione ben evidente fra la Legge Regionale 31/97 e il successivo Decreto Legislativo 229/99, la cosiddetta Riforma Sanitaria Ter (5).

Non è però tale confronto che qui interessa discutere, ma l'effetto sulle procedure di accreditamento che l'esperimento lombardo comporta.

La decisione di rendere autonomi gli ospedali, parificare azienda pubblica e azienda privata e pagare a prestazione richiede, infatti, con grandissima forza l'attiva-

zione di una metodologia universale di accreditamento, quale indispensabile esigenza per rendere omogeneo il sistema ospedaliero ed equivalenti le singole strutture. Questa necessità è stata colta dalla Regione, che ha avviato con grande energia il processo di accreditamento. Ciò ha comportato l'adozione dei provvedimenti specifici ed ha determinato i risultati pratici che saranno riportati sinteticamente di seguito.

Il processo di accreditamento

Già nell'ambito della propria legge di organizzazione del Servizio Sanitario, la Regione Lombardia ha previsto che l'erogazione delle prestazioni avvenga "attraverso nuovi rapporti fondati sull'accREDITAMENTO"; inoltre, sempre in tale sede, si stabilisce di assumere "nei termini previsti dal DPR 14 gennaio 1997 gli indicatori dei requisiti funzionali e organizzativi" (6).

Con la successiva DGR del 6 agosto 1998 (7) si è provveduto alla definizione delle diverse fasi di attuazione del processo; in tale contesto sono stati aggiunti ulteriori requisiti a quelli già individuati dalla normativa nazionale. Questo intervento si inserisce nella cornice definita dal modello organizzativo lombardo come momento di individuazione del livello di qualità al di sotto del quale non risulta possibile erogare prestazioni per conto dello stesso Servizio Sanitario Regionale. I requisiti individuati diventano, in tal modo, un riferimento qualitativo certo a tutela del cittadino utente. Nell'ottica della separazione tra strutture di erogazione (Aziende ospedaliere pubbliche, strutture erogatrici di assistenza ospedaliera private, strutture ambulatoriali, studi professionali) e strutture ordinatrici delle prestazioni (le Aziende Sanitarie Locali) queste ultime, di fatto, rappresentano l'ambito organizzativo preposto alla verifica del livello qualitativo degli erogatori.

La procedura di individuazione degli "ulteriori requisiti" appare particolarmente rilevante proprio perché questi rappresentano una peculiarità e, entro certi limiti, un indicatore del modello sanitario che, a regime, si intende perseguire nell'ambito della Regione Lombardia.

L'importanza data al processo di accreditamento istituzionale è testimoniata anche da altri due elementi caratterizzanti:

- la impossibilità di prevedere una "graduazione" del processo e del soddisfacimento dei requisiti;
- la impossibilità di prevedere accreditamenti in qualche misura "condizionati".

In altre parole, nei termini previsti dal processo e dal meccanismo che ne ha regolato il funzionamento, le strutture erogatrici devono leggere la propria struttura organizzativa finalizzata alla erogazione delle prestazioni e indicare il possesso o meno dei requisiti individuati dalla delibera in forma "tutto o nulla".

Il processo per la sua attivazione ha, inoltre, richiesto la messa a punto, oltre che dei requisiti ulteriori, anche delle procedure e, quindi, delle regole interne del sistema di accreditamento. È stato pure previsto lo sviluppo di professionalità specifiche deputate alla verifica dei requisiti. Inoltre, la programmazione, il coordinamento e la valutazione delle diverse fasi di un progetto così complesso, hanno richiesto l'attivazione, nell'ambito della Direzione Generale Sanità della Regione, di un nucleo ad hoc supportato da esperti informatici il cui compito precipuo è consistito nella costruzione di una banca dati finalizzata alla conoscenza dei livelli reali di offerta sanitaria erogati da ciascuna struttura accreditata pubblica o privata.

Il primo passaggio significativo ha riguardato la definizione delle strutture "oggetto" del processo. Come in parte già anticipato, l'elemento caratterizzante è rappresentato dal pieno riconoscimento, a determinate condizioni, delle strut-

ture private come “erogatore di un servizio pubblico”. Pertanto, tutti gli ambiti di erogazione pubblici e privati possono richiedere l’accreditamento istituzionale per tutte le tipologie di erogazione (ospedali, ambulatori, studi).. Sono, comunque, ammesse al processo solo le strutture con finalità esclusivamente sanitaria, escludendo, ad esempio, quelle ove esista commistione di funzioni. Inoltre, la precisa tracciabilità e identificabilità dell’attività esercitata e del soggetto abilitato a svolgerla in nome e per conto del SSN ne è requisito indispensabile.

La procedura, cui si dà attuazione a partire dalla presentazione dell’istanza di accreditamento da parte dell’erogatore, secondo il modello informatizzato predisposto dalla Direzione Generale Sanità, si articola attraverso i seguenti passaggi successivi:

1. verifica formale rispetto ai parametri della completezza e correttezza formale nella formulazione della richiesta;
2. invio alla ASL competente per territorio;
3. valutazione da parte di quest’ultima della documentazione e successive verifiche ispettive;
4. deliberazione relativamente al possesso dei requisiti;
5. delibera di Giunta di accreditamento se l’esito dell’istruttoria risulta positivo;
6. iscrizione della struttura nel registro regionale delle strutture accreditate;
7. invio della delibera alla ASL competente per territorio;
8. stipula del contratto tra ASL e struttura erogatrice e invio dello stesso in Regione.

La elencazione dei diversi passaggi, aiuta anche a comprendere e meglio definire i diversi ruoli nella istruttoria che, pur rimanendo in capo alla Regione, viene affidata alla ASL titolare delle verifiche ispettive.

Rispetto alla tempistica prevista, a seguito della definizione dell’iter procedurale, le strutture pubbliche

e quelle private convenzionate sono state provvisoriamente accreditate per non creare situazioni di discontinuità assistenziale. La domanda di accreditamento, con relativa dichiarazione del possesso o meno dei requisiti generali, è stata presentata entro quattro mesi dalla pubblicazione del decreto. Da questa data partono i tempi di adeguamento secondo lo scaglionamento del processo che porta prima alla certificazione dei requisiti organizzativi generali, successivamente di quelli specifici e, solo alla fine, di quelli strutturali. Le strutture non transitoriamente accreditate, ma già autorizzate, così come quelle non autorizzate che avanzano la richiesta di poter operare come struttura erogatrice del servizio sanitario, devono comunque possedere tutti i requisiti, inclusi quelli strutturali, al momento della presentazione dell’istanza di accreditamento.

Una volta tratteggiato il processo nelle sue linee generali è opportuno analizzare in qualche dettaglio le tipologie di requisiti individuate proprio al fine di avvicinarsi alla comprensione degli standard richiesti e della relativa compliance con le regole di funzionamento del modello lombardo.

I requisiti generali tendono alla verifica della esistenza di una struttura organizzativa coerente con l’obiettivo di erogare prestazioni di elevata qualità e compatibile con un successivo processo di certificazione. Tale assetto era già stato precedentemente tratteggiato dal documento di indirizzo per la stesura del Piano Organizzativo Aziendale (POA) da parte delle aziende sanitarie lombarde (8). In sede di definizione di requisiti e indicatori, comunque, si è provveduto a rendere il modello compatibile con le diverse dimensioni e tipologie delle strutture che chiedevano di essere accreditate. I parametri inclusi tra i requisiti generali sono:

- le politiche aziendali
- l’esistenza del controllo di gestione

- le procedure organizzative
- il sistema informativo
- la gestione del personale
- le risorse tecnologiche
- la valutazione della qualità
- la comunicazione e tutela del cittadino utente
- la sicurezza

in pratica, cioè l’asse portante dell’organizzazione.

I criteri di verifica e gli indicatori definiti per ciascun criterio possono essere riassunti per punti.

Politiche aziendali:

Viene richiesta la esplicitazione della missione e visione aziendale, peraltro già formalizzata attraverso il Piano Organizzativo e il Piano Strategico Triennale. Si deve verificare la disseminazione di tale documentazione all’interno della struttura.

Programmazione e controllo di gestione:

Viene presa in considerazione l’esistenza di un organigramma con indicazione dei responsabili di unità operativa (UO), premessa per una definizione dell’architettura dei centri di responsabilità e dei centri di costo e, successivamente, per la individuazione e verifica degli obiettivi per ciascuna articolazione organizzativa.

In questo contesto è prevista l’esplicitazione della esistenza di procedure rivolte alla gestione delle urgenze e/o degli eventi imprevisti da parte delle UO.

Procedure organizzative:

Interessano la adozione e diffusione di criteri espliciti di gestione organizzativa e clinica del paziente nell’ambito delle UO. I diversi processi assistenziali, che vanno dalla modalità di presa in carico e di dimissione del paziente, alla stesura della documentazione clinica inclusa la predisposizione della lettera di dimissione, devono essere definiti e assumere la forma di procedure diffuse e disponibili per gli operatori. Devono essere presenti protocolli anche per tutte le altre procedure rilevanti utilizzate nella UO relative alla prassi igienica, alla gestione dei farmaci e del ma-

teriale da sottoporre ad accertamenti diagnostici. Un passaggio particolarmente critico riguarda la dichiarazione delle linee guida predisposte dalle società scientifiche adottate routinariamente per la diagnosi e la terapia. I criteri di verifica attengono alla disponibilità, tracciabilità di tale documentazione e conoscenza da parte di tutti gli operatori coinvolti.

• Sistema informativo:

Anche rispetto a questo importante nodo strategico si intende verificare l'esistenza di requisiti che consentano alle diverse strutture di comunicare sia al proprio interno, sia con l'esterno anche al fine di consentire l'attivazione dei necessari flussi informativi con le ASL, ad esempio in funzione del pagamento delle prestazioni specialistiche erogate.

• Gestione del personale:

Sono relativi, principalmente, agli aspetti qualificanti della formazione e della valutazione, premessa la prima e leva organizzativa la seconda per il miglioramento continuo della qualità.

• Risorse tecnologiche:

I requisiti mirano a verificare l'esistenza di una entità organizzativa coordinata da un responsabile individuato. Ulteriori elementi soggetti a verifica sono la presenza di un sistema aggiornato di censimento delle dotazioni, di un piano di manutenzione dell'esistente e di gestione degli acquisti. Anche nell'ambito della gestione delle tecnologie devono essere definiti, documentati e diffusi protocolli e procedure inclusi quelli relativi alla sicurezza.

• Valutazione della qualità:

Si esplicitano, sotto forma di requisiti sottoposti a verifica, alcuni elementi cardine di una politica della qualità aziendale a partire dalla individuazione di una funzione specifica a livello aziendale (peraltro già prevista nello schema di POA),

Tab.1 Esito del processo di accreditamento: requisiti organizzativi generali.

TOTALE STRUTTURE RICHIEDENTI ACCREDITAMENTO		TOTALE STRUTTURE ISCRITTE NEL REGISTRO REGIONALE	
	912		690
STRUTTURE PRIVATE		STRUTTURE PRIVATE	
CASE DI CURA	75	CASE DI CURA	74
STRUTTURE PSICHIATRICHE	60	STRUTTURE PSICHIATRICHE	24
STRUTTURE AMBULATORIALI	391	STRUTTURE AMBULATORIALI	279
STUDI PROFESSIONALI	81	STUDI PROFESSIONALI	8
TOTALE	607	TOTALE	385
STRUTTURE PUBBLICHE		STRUTTURE PUBBLICHE	
STRUTTURE DI RICOVERO E CURA	119	STRUTTURE DI RICOVERO E CURA	119
STRUTTURE AMBULATORIALI	186	STRUTTURE AMBULATORIALI	186
TOTALE	305	TOTALE	305

del relativo responsabile e dei referenti locali. Viene, infine, indicata, come sottoposta a verifica, la esistenza di gruppi di implementazione della qualità che lavorino su progetti di miglioramento pure da dichiarare per tipologia/area di intervento.

• Comunicazione e tutela del cittadino:

Anche in questo caso vengono identificate le premesse organizzative per un corretto rapporto con l'utenza (esistenza di un referente per la comunicazione, dell'URP, della Carta dei Servizi, di sistemi di orientamento attraverso una corretta segnalazione).

• Sicurezza:

In considerazione della vetustà di molte tra le strutture candidate all'accreditamento, questo rappresenta un requisito estremamente critico. Viene richiesto che la struttura abbia adempiuto a quanto previsto dalla normativa in materia, quale premessa indispensabile, in attesa degli adeguamenti delle strutture per i quali i tempi previsti sono di cinque anni dalla pubblicazione della Delibera sul Bollettino Ufficiale della Regione. Entro tale periodo il processo di adeguamento alle normative in materia di protezione e di sicurezza, di igiene, e di eliminazione delle barriere architettoniche dovrà essere completato. L'attuale fase è caratterizzata

dalla autocertificazione e successiva verifica degli ulteriori requisiti organizzativi specifici i cui aspetti salienti si riferiscono, in particolare alle dotazioni organiche definite in funzione del numero medio di degenti. L'obiettivo è di garantire la continuità assistenziale in rapporto all'intensità delle cure sia nell'ambito delle strutture pubbliche che di quelle private.

Il processo di verifica e di registrazione delle strutture accreditate

Come anticipato, la verifica del possesso dei requisiti viene affidato alla ASL competente per territorio coerentemente col principio di separazione tra erogatori e ordinatori di prestazioni.

L'attuale situazione relativa al processo di accreditamento risulta fotografata in tab.1. Hanno richiesto l'accreditamento 912 strutture di cui 607 private e 305 pubbliche. Le strutture di ricovero e cura sono 194 di cui 75 private e 119 pubbliche, le strutture ambulatoriali 577 di cui oltre il 66% private, gli studi professionali 81.

Sono state iscritte nel registro regionale 690 strutture pari al 75,6% delle richiedenti. L'analisi per tipologie consente di evidenziare che tale procedura si è chiusa positivamente per il 63% delle strutture private (99% delle strutture di ricovero e cura, 71% delle strutture

Tab.2 Motivazioni per la non inclusione nel registro delle strutture accreditate

TIPOLOGIA	N.	MOTIVAZIONE
CASE DI CURA	1	IN ISTRUTTORIA
STRUTTURE PSICHIATRICHE	36	24 IN VERIFICA ASL 3 RINUNCIA 5 IN FASE DI APPROVAZIONE 4 IN ISTRUTTORIA REGIONE
STRUTTURE AMBULATORIALI	112	35 NON PROCESSATE (non accreditabili) 42 RINUNCE 17 IN VERIFICA ASL 5 DIFFIDATE 5 IN FASE DI APPROVAZIONE 2 IN ISTRUTTORIA REGIONE 6 REVOCA ACCREDITAMENTO
STUDI PROFESSIONALI	73	28 NON PROCESSATE (non accreditabili) 10 RINUNCE 2 IN VERIFICA ASL 1 IN FASE DI APPROVAZIONE 32 RICHIESTA DI RIPRESENTAZIONE (come strutture ambulatoriali)

Tab.3 Posti letti accreditati in Regione Lombardia per tipologia di struttura ospedaliera

	deg.ord.	%	dh/ds	%	totale	%
Ospedali pubblici	31.640	67%	2.867	71%	34.507	68%
IRCCS pubb.	2.594	6%	261	6%	2.855	6%
Totale Pubblico	34.234	73%	3.128	78%	37.362	73%
Case di cura	8.458	18%	472	12%	8.930	17%
Ospedali classificati	1.459	3%	140	3%	1.599	3%
IRCCS priv.	2.882	6%	295	7%	3.177	6%
Totale Privato	12.799	27%	907	22%	13.706	27%
Totale Complessivo	47.033		4.035		51.068	
P.L. / 1.000	5,19		0,45		5,63	

ambulatoriali, 9% degli studi professionali). Per quanto si riferisce alle strutture pubbliche il dato complessivo è pari a 100%. Le principali motivazioni sono espresse nella successiva tab. 2. In moltissimi casi o la richiesta non era conforme ai criteri oppure l'istruttoria risulta ancora in corso. Sono riportati anche provvedimenti di diffida.

Al termine della prima fase del processo di accreditamento l'offerta complessiva di posti letto in Regione Lombardia è pari oltre

51.000 (5,19/1000) – tab.3 - con un mix pubblico privato di 73 vs 27% che si modifica per quanto si riferisce all'offerta di posti letto di day hospital e day surgery. Per questi ultimi settori di attività le percentuali sono pari al 78% in ambito pubblico e al 22% in ambito privato.

La definizione dei contratti

La fase finale del processo è rap-

presentato dalla sottoscrizione del contratto il cui schema tipo è stato definito con Delibera di giunta regionale nel dicembre 1999 (9).

Tale schema risulta omogeneo per tutte le ASL ad eccezione di quella della provincia di Brescia, ambito per il quale si è delineato un modello diverso mirato alla negoziazione di volumi, tipologie e tariffe al fine di contenere il ricorso alla ospedalizzazione, fissando un tetto massimo di offerta in regime di ricovero (in tale ASL, infatti, il tasso di ospedalizzazione supera quello medio regionale).

Nelle altre provincie, invece, il contratto regola i rapporti giuridici ed economici tra strutture erogatrici ed ASL competente per territorio. In esso la struttura si impegna:

- a comunicare ogni cambiamento nel proprio assetto organizzativo e nella propria dotazione organica;
 - ad accettare ogni tipo di controllo messo in atto dalla ASL al fine di verificare il mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento;
 - ad adempiere al debito formativo nei confronti della ASL e della Regione;
 - a stendere protocolli diagnostici e terapeutici per le patologie trattate più frequentemente e/o che assorbono la maggiore quota di risorse;
 - ad assumere tra i propri obiettivi la certificazione dei processi, in adeguamento alla normativa ISO 9000;
 - a procedere alla verifica, mediante sistemi di rilevazione validati, della appropriatezza dei ricoveri;
 - a ridurre i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali;
 - ad autocertificare, con cadenza quadrimestrale, il mantenimento dei requisiti e che la dotazione organica risulta rapportata al tasso di occupazione del quadrimestre precedente.
- Come si vede, il processo in at-

to è dinamico e il ruolo della struttura è di farsi garante del rispetto dei requisiti al variare delle condizioni.

Conclusioni

Come si è cercato seppur sinteticamente di definire, il processo di accreditamento in Lombardia non è semplicemente esperienza di un adempimento burocratico che raccoglie e migliora le tradizionali procedure di autorizzazione e le normative sui requisiti di dotazione e struttura degli ospedali.

Esso infatti, inserito all'interno dell'esperimento organizzativo sulla rete ospedaliera avviata dalla Regione, ne rappresenta una componente fondamentale, divenendo lo strumento anche formale tramite il quale gli ospedali assumono individualità, diventano uguali indipendentemente dalla natura giuridica e, conseguentemente, possono competere fra loro.

In effetti, l'elemento ultimo e più significativo della nuova organizzazione ospedaliera sembra essere quello della attivazione di una sorta di "Concorrenza" che si esprime tramite la libertà di scelta affidata al singolo cittadino che, decidendo di scegliere uno specifico luogo di cura, porta con se un compenso costituito dal valore del DRG pagato dalla Regione.

Ciò determina, sul sistema ospedaliero, l'effetto che è stato definito dal "doppio motore" (10) esemplificato nella Fig. 1, dove la grande ruota dell'ospitalità è mossa da un motore interno, il management, e da un motore esterno, la competizione, realizzando in tal modo il massimo di accelerazione in termini di efficienza.

Management e competizione sono due forti attivatori del sistema, ma esso non può vivere senza regole e garanzie.

Per questo, le procedure di accreditamento rappresentano una componente essenziale soprattutto in sistemi sanitari che acqui-

siscono maggiori livelli di libertà organizzativa, e in questo senso l'esperienza che si sta accumulando in Lombardia fornisce un contributo particolarmente interessante soprattutto per le Direzioni Sanitarie che, del processo di accreditamento, debbono essere il responsabile e il vero motore.

Bibliografia

1. Repubblica Italiana. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n.502: Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1991, n.421.

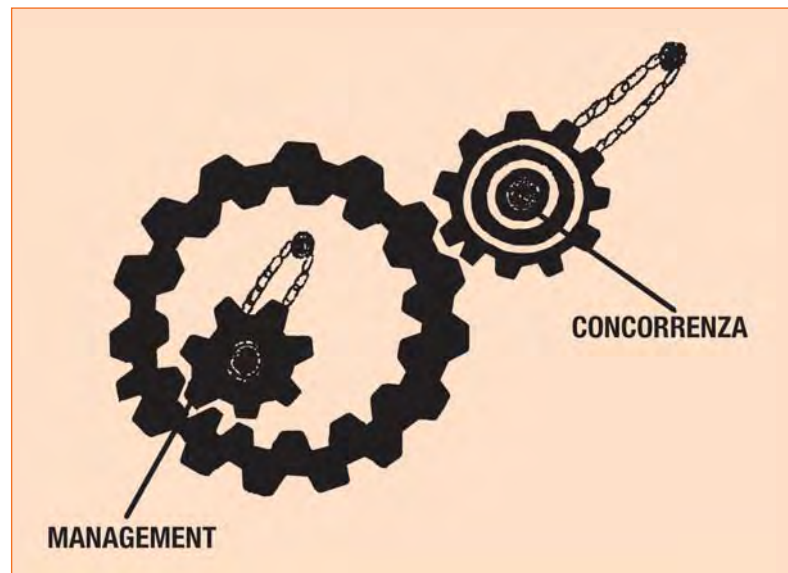
2. Repubblica Italiana. Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n.517: Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1991, n.421.

3. Regione Lombardia. Legge regionale 11 luglio 1997, n.31. Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali.

4. Repubblica Italiana. Legge 23 dicembre 1978, n.833: Istituzione del servizio sanitario nazionale.

5. Repubblica Italiana. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n.229: Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale ai sensi del Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n.112..

6. Repubblica Italiana. Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997. Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle provincie auto-



nome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

7. Regione Lombardia. Delibera della Giunta Regionale n. VI/381333 del 6 agosto 1998. Attuazione dell'art.12, comma 3-4 della l.r.11 luglio 1997, n.31. Definizione dei requisiti e indicatori per l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie.

8. Regione Lombardia. Delibera della Giunta Regionale, n.VI/34726 del 20 febbraio 1998. Approvazione delle linee guida per la organizzazione delle Aziende Sanitarie locali e delle Aziende Ospedaliere.

9. Regione Lombardia. Delibera della Giunta Regionale n. VI/47508 del 29 dicembre 1999. Approvazione dello schema-tipo di contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra l'azienda sanitaria locale ed i soggetti erogatori di prestazioni in regime di servizio sanitario regionale ai sensi dell'art.12, comma 5 della Legge Regionale 31/97.

10. Pelissero G.: L'organizzazione e gestione di Aziende Ospedaliere. L'Ospedale 1999; 7 : 15-20



La Sterilizzazione con Acido Peracetico

Le proprietà microbicide dell'Acido Peracetico, un agente fortemente ossidante, sono state riconosciute da quasi cento anni. A tutt'oggi sono disponibili diverse formulazioni per la sterilizzazione dei dispositivi medici. La formulazione dell'Acido Peracetico, impiegata nel processore STERIS SYSTEM 1, ha dimostrato di possedere un ampio spettro di efficacia sterilizzante, ampiamente documentato in letteratura. Fino ad oggi, i sistemi di sterilizzazione liquido-chimica non hanno mostrato di raggiungere uno Sterility Assurance Level – SAL (Livello di Sterilità Assicurata) di 10^{-6} utilizzando principi simili a quelli usati per i processi gassosi. Si vuole così presentare uno studio modello che applichi i principi della validazione dei processi di sterilizzazione gassosa ai processi con sterilizzante chimico liquido, dimostrando il raggiungimento di un SAL di 10^{-6} .

1) Tests effettuati nella soluzione chimica: Allo scopo di studiare l'effetto dei parametri di concentrazione, temperatura dell'Acido Peracetico, e l'effetto del carico di sporco si sono utilizzate le spore più resistenti, *Bacillus stearothermophilus*, per la determinazione comparativa del D-value. La caratterizzazione dei parametri critici del processo assicura che il test sia effettuato sotto condizioni rigorose e controllate, che meglio rappresentano una sfida per il sistema di processing. Da questa analisi, si sono potuti determinare l'effetto e l'interazione della concentrazione e della temperatura dell'Acido Peracetico sulla cinetica dell'eliminazione delle spore. In aggiunta a ciò, un esperimento appositamente progettato ha dato come risultato una differenza per nulla significativa nel D-value in rapporto allo sporco organico ed inorganico, dimostrando la forza della sostanza chimica anche con carichi di sporco. Il modello cinetico risultante, basato sulle determinazioni usando sia la Frazione negativa che la Enumerazione diretta, fornisce una curva di sopravvivenza log-lineare derivata matematicamente ($r^2 = 91.4\%$), dimostrando che l'eliminazione osservata nel tempo è prevedibile.

2) Tests di superficie a metà ciclo: Sono stati effettuati studi di interazione di superficie adottando parametri di processo minimi, allo scopo di determinare la valenza del sistema utilizzando sia apparecchiature mediche rappresentative sia carrier tradizionali. Il metodo seguito per il test ha ridotto al minimo il lavaggio e ha permesso una ricerca della sopravvivenza sia per ciò che rimaneva sulla superficie test sia per ciò che veniva lavato via. Da questo studio, il poliuretano, un materiale tipico degli endoscopi, ha dimostrato di essere il materiale più resistente e ha richiesto 4 minuti per una riduzione log. di 6 (Eliminazione totale). Utilizzando gli stessi principi dei processi di sterilizzazione gassosi (effettuazione del ciclo a metà e analisi del momento di eliminazione totale), si è dimostrato un SAL di 10^{-6} per questo prodotto chimico per un tempo di processo di 8 minuti o più.

3) Conferma del sistema: A differenza dei tradizionali processi di sterilizzazione, i processi di sterilizzazione con mezzo liquido confermano la prestazione del sistema anche con test di simulazione di utilizzo effettivo con veri strumenti. Il testaggio viene effettuato utilizzando l'inoculazione diretta di *B. stearothermophilus* a livelli di almeno 10^6 per strumento. Gli strumenti sono processati con un ciclo dimezzato e in seguito è stata valutata la loro sterilità. Prove ripetute su un'ampia gamma di strumenti difficili, dai graspers agli endoscopi gastrointestinali complessi, hanno dimostrato che la sterilità viene raggiunta con metà ciclo. Questo testaggio di simulazione di utilizzo conferma la prestazione del sistema e la sua capacità di dimostrare un SAL di almeno 10^{-6} .

La metodologia di sperimentazione descritta in questo studio, inclusi gli studi cinetici per la caratterizzazione dei parametri di processo, gli effetti di interazione delle superficie (test del carrier) e i test di simulazione di utilizzo, applica il principio dei metodi di validazione della sterilizzazione a gas agli sterilizzanti chimici liquidi. Questo modello sperimentale può essere infine utile per stabilire il SAL per altri processi chimici liquidi.

Lo studio qui discusso è pubblicato in *Zentralsterilisation - Central Service*, 2001 (3):

Justi C, Amato V, Antloga K, Harrington SAS, and McDonnell G. Demonstration of a Sterility Assurance Level for a Liquid Chemical Sterilization Process. STERIS Corporation, Mentor OH 44060 USA



HOSPITAL PER GLI OSPEDALI

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

La polvere è uno dei nemici più subdoli per la salute. E non risparmia neppure gli ambienti che alla cura della salute sono deputati per eccellenza, laddove si debba operare in condizioni di sterilità e di massima igiene. Soteco, azienda cremonese (del gruppo Interpump) leader mondiale nella produzione di apparecchi per la pulizia professionale, ha messo a punto Hospital, aspirapolvere ideale per ospedali e camere bianche. Mentre un normale aspirapolvere immette nell'aria circa 3 milioni di germi per ogni grammo di sporco aspirato, Soteco Hospital ne trattiene il 98%. Quattro gli stadi di filtrazione - due filtri hepa, un filtro poliestere e un filtro carta - che costituiscono una barriera pressoché invalicabile anche alle particelle più minuscole, fino a 0,3 micron. Il fusto in acciaio inox AISI 304 garantisce l'accurata pulizia dell'apparecchio, mentre la bassa rumorosità (64 decibel) lo rende idoneo all'utilizzo anche in presenza di pazienti allettati. Montato su un carrello con ruote, gira su se stesso, consentendo di pulire a 360 gradi, ed è maneggevole e di facile trasporto. La ricca dotazione di accessori, inoltre, ne accentua le performances.

U.B.

TECNOLOGIA ALL'AVANGUARDIA

Facilità e flessibilità d'uso, oltre che altissima specializzazione e qualità, sono le caratteristiche dei nuovi tavoli operatori realizzati da Officine Sordina, da poco alleata con la multinazionale elvetica Schraerer Medical Holding

Officine Sordina dal 1880, anno della sua fondazione, progetta, realizza e vende apparecchiature ad alta tecnologia per ospedali e altre strutture sanitarie. Obiettivo dell'azienda padovana è quello di assicurare in ogni circostanza il massimo livello di funzionalità, flessibilità e adattabilità. A queste caratteristiche risponde il nuovo tavolo operatorio con piani trasferibili MT System, a partire dal materiale di costruzione. La struttura di supporto, infatti, è realizzata in una lega inossidabile già utilizzata in aviazione e in uso esclusivo a Officine Sordina: particolarmente leggera e resistente, riduce di due terzi il peso del tavolo (rispetto a un tradizionale tavolo in acciaio), per cui i movimenti sono più facili e agevoli.

Realizzato in due versioni (MT6 e MT8), il tavolo offre una grande varietà di movimenti e configurazioni ed è dotato di grande ampiezza di escursione in altezza. Si adatta, perciò, in modo ottimale alle diverse necessità dei chirurghi.

MT6 si compone di cinque sezioni modulari intercambiabili, completamente trasparenti ai raggi X ed è adatto soprattutto per le sale operatorie che non richiedono tavoli articolati a livello di torace. È indicato anche per la traumatologia, in quanto è possibile applicargli i sistemi per la trazione degli arti superiori e inferiori.

MT8 è articolato in otto sezioni modulari intercambiabili ed è adattabile a una grande varietà di pratiche operatorie.

Il trasporto dei piani avviene attraverso un carrello che ha la particolarità di potersi inserire nella colonna portante attraverso otto diverse posizioni, assicurando una grande facilità di movimento anche negli spazi più ristretti. Tutti i modelli e i relativi accessori rispondono alla direttiva comunitaria 93/42.

Officine Sordina, per ampliare la propria offerta di prodotti, ha siglato un accordo con Schraerer Medical Holding, azienda svizzera leader nel settore della produzione di apparecchiature per ospedali e articoli sanitari, che entra nel capitale sociale dell'azienda padovana con una quota pari al 25%. L'accordo rappresenta il coronamento della strategia di sviluppo di Officine Sordina, che a partire dal 1998, anno di rinnovata gestione, ha dedicato ogni energia all'implementazione di un sistema di qualità totale e all'impulso della ricerca di soluzioni ad alto contenuto tecnologico.

M.M.





TUTTO SOTTO CONTROLLO

La sicurezza dell'ambiente sanitario è garantita dai sistemi di monitoraggio e di verifica tecnologicamente all'avanguardia messi a punto da Steril s.p.a.

La società Steril, di Lecce, avvalendosi di un know how acquisito dall'esperienza maturata in ambito ospedaliero e arricchito dall'aggiornamento costante in tema di normativa italiana ed europea, è in grado di offrire alle aziende sanitarie una consulenza tecnica che aiuti i dirigenti a operare in sicurezza, specie laddove la criticità è alta.

Quattro sono gli ambiti in cui Steril s.p.a., certificata ISO 9002 ed ENI 46002, opera con una specializzazione di altissimo livello:

- 1) progettazione e gestione di centri di sterilizzazione, dagli aspetti impiantistici a quelli strutturali, nel pieno rispetto delle direttive nazionali ed europee, con gestione anche del sistema di convalida;
- 2) valutazione della qualità ambientale in ambito sanitario, con un ciclo di monitoraggio che comprende: analisi microclimatica e comfort termico, analisi del livello di inquinamento gas anestetici, verifica illuminotecnica, verifica della contaminazione microbica dell'aria e delle superfici, verifica dell'inquinamento particellare dell'aria;
- 3) convalida dei processi di sterilizzazione, che si basa su un metodo di controllo dei fattori fisici che conferiscono sterilità al prodotto. Inoltre, vengono realizzate prove sistematiche su indicatori biologici in base alla Normativa Europea;
- 4) progettazione e realizzazione di impianti di captazione per monitoraggio dei gas anestetici, con analisi dei campioni d'aria mediante gascromatografo e memorizzazione dei dati per punto di misura, per tipo di gas, con indicazione della concentrazione del giorno e dell'orario di campionamento.

M.M.



LUNGA VITA AGLI UTENSILI

Con il sistema Grime Reaper, pulire e sgrassare gli attrezzi da cucina diventa facile, economico, igienicamente più sicuro

La pulizia degli utensili da cucina, specie in situazioni di grandi consumi di pasti, è un'operazione faticosa, che richiede tempo e implica impegno in termini di lavoro, consumo di acqua calda, uso di detergenti corrosivi. Non sempre, poi, si consegue certezza di igiene. Il sistema Grime Reaper, distribuito in Italia dal Gruppo Zernike, consente invece di ottenere risultati ottimali, abbattendo costi e tempi di lavorazione. Si tratta di un sistema automatico, composto da macchina e detergente, che rimuove in breve tempo qualsiasi incrostazione da qualunque utensile. La macchina è composta da una vasca a doppia camera realizzata completamente in acciaio inox 304 e si installa come una lavastoviglie. Disponibile in 4 misure standard che soddisfano ogni esigenza, ha un funzionamento molto semplice e permette notevoli risparmi di ore di lavoro e di consumo d'acqua calda. Nella vasca si pone una soluzione di acqua calda a 85 gradi (che oltre a lavare sanifica) e di detergente GR, completamente non caustico, non tossico, certificato anche per l'uso con l'alluminio e dichiarato "non irritante per l'epidermide dopo quattro ore di contatto", dallo standard internazionale USA SGS. La soluzione dura 30 giorni, senza bisogno di doverla rinnovare. Il sistema può lavorare 24 ore al giorno, tutti i giorni, ed elimina la necessità di strofinare gli utensili, in quanto dopo l'ammollo lo sporco viene rimosso da una doccetta che è incorporata nella macchina. Il Sistema Grime Reaper, pertanto, riduce i costi e i tempi di lavoro della manodopera, riduce il consumo di acqua e di elettricità, elimina i prodotti detergenti irritanti (diminuendo i rischi per il personale), migliora il livello di pulizia e di igiene, prolunga la vita d'uso degli utensili da cucina.

M.M.

GAS MEDICINALI SOTTO CONTROLLO

Le apparecchiature delta P per la distribuzione e l'utilizzo di gas medicinali, vuoto e per l'evacuazione dei gas anestetici, sicure ed affidabili, sono l'espressione di una ricerca avanzata e di una qualità di altissimo livello.

L'erogazione all'interno di una struttura sanitaria di gas medicinali e vuoto, nonché l'evacuazione dei gas anestetici, sono operazioni molto delicate e rischiose che devono essere effettuate con apparecchiature affidabili che possano garantire la massima sicurezza per il paziente e l'operatore.

La società delta P, i cui fondatori vantano un'esperienza pluridecennale nel campo del trattamento dei gas, produce apparecchiature per l'utilizzo dei gas medicinali, vuoto e per

l'evacuazione dei gas anestetici (linea dMed), oltre che dei gas tecnici (dTec) e (dLab).

Le tre linee sono garantite dalle certificazioni aziendali di qualità UNI EN ISO 9001 e UNI CEI EN 46001. In particolare nella

vasta gamma di prodotti della linea dMed, si segnalano la centrale di decompressione a scambio automatico per gas medicinali

(realizzata in conformità alla norma EN 737-3), i regolatori di pressione di secondo stadio per gas medicinali (ad alta portata), disponibili in versione singola e doppia (conformi alla norma EN 738-2) e il sistema integrato per l'evacuazione dei gas anestetici. Della linea fanno parte anche i sistemi di monitoraggio e allarme per il controllo della pressione dei gas medicinali (in conformità alla norma EN 737-3 e alla norma UNI EN 475), nonché le valvole di intercettazione di area con sistema di interruzione del flusso e presa di emergenza, e i riduttori di pressione per ossigenoterapia. Tutti i prodotti sono il frutto di una ricerca costante, che tiene conto delle innovazioni tecnologiche più avanzate per soddisfare le richieste del Cliente più esigente.

Sono sottoposti a numerosi e precisi controlli effettuati con personale altamente qualificato e apparecchiature moderne e sofisticate.



M.M.

SVILUPPI PROGETTUALI E ASEPSI NELLE SALE OPERATORIE

La critica situazione in cui versano molte sale operatorie in Italia ha portato a numerosi controlli soprattutto dal punto di vista dell'asetticità dell'ambiente chirurgico

In questa ottica negli ultimi anni sono stati introdotti sistemi di distribuzione dell'aria sterile a flusso laminare verticale mutuati dal settore industriale delle camere bianche. Un'attenta analisi delle problematiche e delle esigenze di un ambiente di sala operatoria ha portato a ricercare soluzioni sia a livello strutturale che disciplinare, tenendo in debita considerazione i problemi di aerobiocontaminazione legati alla climatizzazione forzata delle sale operatorie. La COMESA Sistemi Medicali propone un sistema innovativo che coniuga esigenze di alta asepticità di campo operatorio, funzionalità, riduzione dei costi di gestione e semplificazione progettuale e realizzativa. Tutto ciò si traduce nella creazione di un nucleo asettico (superficie pari 3,2 x 3,2 metri circa) all'interno della sala operatoria, totalmente coperto dal flusso laminare verticale a bassissima velocità (0,21 m/s) e perdita di carico, guidato da una cappa perimetrale di vetro che consente di garantire una barriera di aria sterile tra il nucleo stesso ed il resto della sala. All'interno del nucleo asettico, dove sono ospitati il paziente, i chirurghi, le feriste e tutto il materiale sterile, grazie ad un esclusivo sistema di ventilatori di supporto, il numero dei ricambi all'ora è di molto superiore a quanto previsto dalla normativa vigente (15 ric/h), garantendo anche una variazione minima di temperatura tra il nucleo asettico e la rimanente parte della sala ed eliminando l'insopportabile sbalzo termico che troviamo nei sistemi a flusso laminare tradizionali. Questo esclusivo sistema, inoltre, riduce la quantità d'aria primaria necessaria alla climatizzazione, determinando così una riduzione dei costi di realizzazione



e gestione dell'impianto di condizionamento. Nell'ottica di frapporre il minore numero possibile di oggetti tra il soffitto diffusore ed il campo operatorio, anche la lampada scialitica ha subito una radicale trasformazione; è stata infatti creata una lampada scialitica multifaro, piccola e compatta che garantisce un'altissima permeabilità all'aria. I pensili, anch'essi barriera ostruente al flusso laminare, sono stati sostituiti da un portico tecnico esterno al nucleo asettico; tale portico oltre ad ospitare tutte le utenze elettriche e gas medicali, è in grado di sorreggere su un apposito profilo una serie di accessori espressamente concepiti per il sostegno di attrezzature quali: elettrobisturi, monitor, pompe per infusione, microscopi, ecc. Il sistema, prevede inoltre, al suo interno una fascia di illuminazione che diffonde una luce indiretta, in grado di garantire un livello ottimale di luce ambiente pari a 1000 lux. Nella zona circostante il nucleo asettico, dove viene comunque garantito un numero di ricambi di aria esterna all'ora maggiore dei 15 previsti dalla normativa, trova posto il personale di sala non sterile, le apparecchiature non a diretto contatto con il paziente, l'anestesista e l'apparecchio di anestesia, l'unica attrezzatura non posizionabile sul portico tecnico. Questo concetto consente di ridurre al minimo l'incidenza delle turbolenze sul campo operatorio eliminando quasi completamente il rischio di infezioni intraoperatorie. La soluzione innovativa sopra illustrata, viene oggi comunemente utilizzata in Europa sia nelle nuove realizzazioni che nelle ristrutturazioni di blocchi operatori e rappresenta una radicale rivoluzione nella progettazione e nell'organizzazione della sala operatoria.

C.S.M.

CONTROLLO DELLA STERILIZZAZIONE

Efficace e sicuro il metodo di verifica EC. STEAM 98 messo a punto da E.C.S.

La sterilizzazione rappresenta l'arma più efficace per la prevenzione da agenti causa di malattie infettive. La sterilizzazione deve però essere condotta con metodo sicuro ed efficace, a ciclo breve, adattabile a tutte le condizioni prevedibili, di facile manutenzione, non danno, sia per gli strumenti che per i materiali, anche dopo vari e ripetuti cicli. A queste caratteristiche risponde ottimamente il vapore, sostanza sterilizzante sicura, efficace, poco costosa, non tossica, d'ottima penetrabilità e priva di impatto ambientale. Ma anche la sterilizzazione con vapore va verificata, per garantirne la corretta effettuazione. E.C.S (Euro Chemical Service) ha messo a punto un sistema di controllo che si inserisce in autoclave e consente di rilevare immediatamente e con assoluta precisione la presenza di eventuali bolle d'aria, spia di una sterilizzazione non perfetta, per cui da ripetere. Si tratta di EC. STEAM 98.1, un pacco pronto monouso per test giornaliero, la cui confezione esterna è provvista di un indicatore virante, che segnala a prima vista la sua corretta utilizzazione. All'esterno del pacco, inoltre, è possibile iscrivere i dati relativi all'autoclave e alla data di svolgimento del test, per avere un costante monitoraggio dell'operazione. Internamente, EC. STEAM 98.1 è rilegato con due fascette che lo comprimono affinché il test avvenga in maniera idonea. I materiali di cui si compone sono completamente riciclabili e l'inchiostro è atossico, in quanto privo di piombo. Ogni pacco è provvisto di una scheda tecnica per la registrazione dei dati che consente all'operatore sanitario di avere sempre sotto controllo la situazione.

M.M



LA RINTRACCIABILITÀ DEL PRODOTTO NELLA STERILIZZAZIONE



Nella moderna progettazione la sterilizzazione ospedaliera deve essere concepita con soluzioni innovative che garantiscano elevati standard di qualità e sicurezza

Per questo motivo la CISA ha progettato e realizzato "Itineris" un sistema informativo di rintracciabilità che gestisce l'intero processo di sterilizzazione. Con l'applicazione di "Itineris" tutte le procedure delle fasi quali la ricezione, il lavaggio-disinfezione, il confezionamento, la sterilizzazione, lo stoccaggio e la consegna sono automatizzate e monitorate costantemente garantendo un altissimo livello di standardizzazione, qualità e produttività oltre a consentire di ottimizzare le risorse umane, la pianificazione degli approvvigionamenti e gestire il magazzino del materiale sterilizzato. Inoltre con "Itineris" si aumenta il livello di affidabilità della produzione riducendo drasticamente la possibilità di errore: e questo garantisce maggiore sicurezza al paziente.

A.C

DISCREZIONE E SICUREZZA

I divisori Ropimex, distribuiti dalla Società BS di Milano, adattabili a qualsiasi situazione, risolvono tutti i problemi di discrezione

La privacy, soprattutto in ospedale, nei momenti di maggiore sofferenza o di particolare imbarazzo, deve essere garantita come segno elementare di civiltà e di rispetto. Ropimex realizza divisori per ogni necessità, telescopici o a carrello, che si adattano a qualsiasi situazione. Dal più semplice – il modello RTS formato da un braccio telescopico appeso al muro e orientabile – al più articolato, dalle cabine telescopiche con fissaggio a parete o a parete e soffitto ai paraventi a carrello, alle protezioni per doccia, numerose sono le combinazioni possibili per assicurare discrezione ai pazienti, tutelare gli operatori, razionalizzare gli spazi.

La sicurezza è garantita anche dalle tende che compongono i divisori, ininfiammabili e antibatteriche. Le tende in Trevira CS hanno superato in tutto il mondo ogni prova di ininfiammabilità e sono conformi alle normative antincendio dei maggiori paesi industrializzati. Hanno superato pure i test relativi alle caratteristiche fisiologiche e dermatologiche. Possono essere lavate con disinfettanti a 60°. Le tende in STAPH CHEK sono ideali per gli ambienti umidi (docce, bagni e quant'altro). Questo tessuto, brevettato, è antibattericologico, ininfiammabile/autoestinguento, antistatico e impermeabile. Di facile manutenzione, si puliscono con una spugna e con semplice detersivo.

M.M.



LA SICUREZZA A PORTATA DI "MANO"

I D.P.I. importati e distribuiti da Nacatur International sono realizzati con materie prime selezionate e sottoposti a rigorosi test che li rendono atti a soddisfare tutte le esigenze di prevenzione e sicurezza in ottemperanza alla legge 626/94

Protezione e sicurezza sono le caratteristiche che qualificano la politica di Nacatur International Import Export, azienda che importa prodotti di alta qualità e tecnologicamente avanzati, che proteggono dalle contaminazioni crociate. Sono prodotti appositamente studiati per le strutture sanitarie, gli ambulatori medici e gli studi dentistici e garantiscono sia gli operatori sia i pazienti.

In particolare, in ottemperanza al D.L. 626/94, Nacatur ha creato la Linea 626, i cui prodotti, già apprezzati in vari congressi e convegni, sono sempre più usati nelle procedure sanitarie-ospedaliere che comportano esposizione al rischio biologico.

La linea si compone di: NATUREX 626: guanti in lattice monouso, non sterili leggermente impolverati. Si tratta di Dispositivi di Protezione Individuale che hanno marcatura CEO 497 e sono valutati per la conformità alla norma tecnica EN374 per la Protezione contro prodotti chimici e microrganismi (parte 1,2,3) e alla norma tecnica EN420.

I guanti NATUREX 626 appartengono alla 3ª Categoria. Sono particolarmente

indicati per tutti gli operatori che svolgono il proprio lavoro a contatto con liquidi biologici, come per esempio avviene nei pronto soccorso, 118, centri dialisi, laboratori clinico-biologici eccetera.

Camici NATUREX 626, monouso non sterili, tutelano gli operatori dall'esposizione ad agenti virali. I camici sono stati sottoposti al test di controllo che prevede l'impiego del batteriofago Phi x 174 e sono stati certificati.

Dotati di ottima vestibilità, sono realizzati in tessuto non tessuto con materiale che, pur fungendo da barriera per quanto concerne l'esposizione agli agenti patogeni, consente, allo stesso tempo, un'alta traspirabilità della cute.

Sono in fase di certificazione come Dispositivi di Protezione Individuale in 3ª Categoria contro il rischio biologico e chimico non aggressivo anche i guanti in lattice monouso NATUREX 626 SALUS senza polvere, i guanti chirurgici NATUREX 626 BIO-PLUS e i guanti chirurgici NATUREX 626 BIO-PLUS senza polvere. Arricchiscono la gamma di prodotti Naturex gli occhiali mascherina protettiva Prox, realizzati interamente in policarbonato ad alta tenacità, anallergico e anti-graffio; le visiere protettive PROVIS 1 E PROVIS 2, classificate come D.P.I. di 2ª Categoria; le maschere protettive MASK 2000 E MASK TS (a tenuta stagna) che garantiscono la massima protezione delle aree oculari dal rischio biologico.

M.M.

PULIZIA E SANIFICAZIONE DEI PAVIMENTI

Il sistema HiproSan, completo di attrezzature e prodotti utilizzati seguendo una precisa metodologia, combina il know how di Electrolux-Wascator con l'esperienza applicativa di HiPRO. HiproSan è un sistema innovativo che assicura la massima igiene a costi estremamente contenuti.

In ambito ospedaliero, l'igiene ambientale è un fattore fondamentale nella salvaguardia della salute dei degenzi e degli operatori. L'importanza di contenere il diffondersi delle infezioni ospedaliere interessa anche l'aspetto economico, direttamente correlato ai costi di degenza. Pertanto è importante procedere ad una corretta sanificazione ospedaliera, seguendo una precisa organizzazione del servizio e una corretta metodologia applicativa. Hi-proSan, questo il nome del sistema, nasce dall'intensa collaborazione tra HiPRO ed Electrolux-Wascator, il cui know how per il lavaggio e la pre-impregnazione dei tessuti si sposa alla perfezione con l'esperienza applicativa di HiPRO nel settore della sanificazione ospedaliera. HiPRO ed Electrolux-Wascator hanno siglato una Joint Venture, che consentirà la distribuzione del sistema HiproSan a livello internazionale, garantendo un forte supporto alla clientela. Il sistema consiste nell'utilizzo di tessuti in ultramicrofibrina pre-impregnati accoppiati all'attrezzo ergonomico, che consente un'azione combinata di scopatura e lavaggio nello stesso tempo (double phasing system). Gli speciali tessuti Dan



Mop® Il microfibra, composti al 70% di poliestere e al 30% cotone, garantiscono il lavaggio di una stanza di degenza di circa 25 mq. La pre-impregnazione di detergente/disinfettante avviene direttamente nella lavatrice Electrolux-Wascator alla fine del ciclo di lavaggio, grazie alla scheda Clarus Control che imposta tutti i parametri necessari all'operazione. I tessuti pre-impregnati vanno conservati nel contenitore igienico HiproSan System in acciaio inox autoclavabile e montabile su qualsiasi carrello. Il sistema HiproSan garantisce la massima sicurezza igienica e la riduzione delle contaminazioni crociate, abbattendo i tempi di lavoro e i conseguenti costi della manodopera, pur raggiungendo elevati standard di produttività. Ogni singolo elemento del sistema è studiato per rendere le operazioni più agevoli, evitando inutili piegamenti all'operatore. Inoltre, il sistema è economico in quanto il dosaggio predeterminato della soluzione evita sprechi di detergente, acqua ed energia. Il tessuto dura più a lungo, consentendo oltre 500 lavaggi a 95° e grazie alla sua leggerezza (appena 35.5g) permette un significativo abbattimento dei costi di lavanderia. Alta protezione igienica, ergonomia, semplicità ed economicità sono le caratteristiche chiave che rendono Hi-proSan un sistema di sicuro successo nel settore ospedaliero.

N.B.

LA SQUADRA DEL VAPORE

Portotecnica, leader nella produzione di macchine per la pulizia professionale, ha messo a punto un team di generatori di vapore, corredati di detergente specifico, che soddisfa qualunque necessità

*Il vapore è uno degli elementi di maggiore efficacia sterilizzante, poco costoso, privo di tossicità e di impatto ambientale, di ottima penetrabilità. La sterilizzazione con il vapore è il metodo più utilizzato per quanto riguarda la sicurezza degli strumenti chirurgici o delle telerie che vengono utilizzate in ospedale. Il vapore è anche il mezzo più sicuro per la pulizia, l'igiene e la sanificazione di ogni tipo di superficie: dai servizi igienici alle cucine, dalle sale di medicazione alle camere di degenza, alle sale operatorie, numerosi sono gli ambiti di utilizzo del vapore, che opera con la medesima efficacia su tutti i materiali, lasciandoli puliti, sanificati, sterilizzati. Ma perché l'efficacia sia garantita, deve essere erogato con gli accessori più idonei e adatti alle specifiche superfici nelle diverse occasioni e circostanze. Portotecnica, divisione di Interpump Cleaning è azienda leader nella produzione di macchine per la pulizia professionale, ha una gamma generatori di vapore che soddisfa qualsiasi destinazione d'uso, facilitando il lavoro degli operatori, che risparmiano in tempo e fatica, conseguendo, nel contempo, risultati ottimali. Il mondo del vapore Portotecnica comprende **Bianca**, ultima nata in termini di tempo, che assomma le caratteristiche tecniche delle sue sorelle di gamma. Compatta e maneggevole, **Bianca** è una macchina monofase, in grado di erogare vapore ad altissima temperatura e di aspirarlo completamente, insieme a tutto lo sporco rimosso, lasciando le superfici perfettamente pulite, sanificate e asciutte. All'occorrenza, in situazioni particolari o nei casi di sporco particolarmente grasso o tenace, può tornare molto utile la capacità di erogare detergenti o altri liquidi disinfettanti, prelevandoli dall'apposito serbatoio incorporato tramite un esclusivo sistema di iniezione. Inoltre Bianca può anche essere usata come un semplice ma efficace aspirapolvere che, con la sua potenza di 1000 W, la sua filtrazione ad acqua e il suo separatore molecolare, che serve proprio ad ottimizzare la capacità filtrante, fa dell'efficienza e della silenziosità il suo dogma principale. La funzione di iniezione del detergente e la capacità di estrazione con il sistema aspirante rendono Bianca anche un comodo e maneggevole lavamoquette, in grado di rimuovere ogni tipo di sporco o di macchia da tante superfici in fibra. E quindi, dai lettini a ogni altro tipo di imbottitura, dalle suppellettili igienico-sanitarie alle attrezzature chirurgiche, il campo di azione della piccola di casa Portotecnica sarà sempre più ampio. **Steamy**, pur essendo anch'essa una macchina monofase che unisce alla pulizia con vapore, erogato a 150°, la possibilità di rimuovere lo sporco disciolto, di aspirare liquidi e polvere restituendo l'aria perfettamente pulita, fa della flessibilità costruttiva e funzionale la sua arma vincente per la sua facilità di scomporsi*

in due macchine separate, indipendenti e completamente autonome.

- Un potente aspirapolvere che unisce all'azione del filtro ad acqua anche quella del filtro meccanico per garantire un'aria più pulita.
- Una potente e compatta caldaia in grado di produrre vapore con le caratteristiche precedentemente descritte.

*Nelle tre versioni della **Steamer Jet**, invece, oltre a tutte le caratteristiche già elencate per i due modelli precedenti, si può raggiungere una pressione operativa del vapore fino a 5,5 bar, mantenendo la temperatura a 160° C e garantendo, anche in questo caso, una versatilità invariata nonostante le dimensioni più importanti. Per ottimizzare e completare la propria gamma e il proprio servizio anche in questa specifica branca del cleaning, Portotecnica ha studiato e realizzato un prodotto detergente specifico per l'utilizzo con generatori di vapore - **S 501** - che, inserito nella specialistica linea **Method O chemicals**, con la sua esclusiva formulazione, lavora in perfetta sinergia con le macchine Portotecnica e con tutti i generatori di vapore, non solo esaltando la loro efficacia e rapidità di pulizia ma anche rispettando tutti i loro componenti interni e preservandone la durata e l'economicità di esercizio.*

E.R.





CONSULENZA • FORMAZIONE • CENTRI • ULTRAVISIVE

risultati • interventi • servizi • ultrasuoni
diagnostici • radioterapia • centri di
studio • laboratori • medicina
strutturale • servizi • centri di
formazione • risultati
diagnostici • interventi • servizi • risultati

Servizi • Servizi • Servizi • Servizi • Servizi • Servizi • Servizi • Servizi

SSU MET
diagnostici • servizi • servizi • servizi
diagnostici • servizi • servizi • servizi
diagnostici • servizi • servizi • servizi



GESTIONE MODERNA DELLE AZIENDE OSPEDALIERE



Lo Studio Amadei è il partner ideale per la

progettazione di servizi di qualità in ambito sanitario

Un servizio di qualità in campo sanitario deve tenere conto dei bisogni del cliente e tradurli nel livello igienico desiderato. Questo processo richiede un atteggiamento manageriale e altamente professionale da parte della struttura deputata alla progettazione e all'attuazione del servizio. Occorre cioè elaborare le procedure necessarie per conseguire gli obiettivi prestabiliti, partendo dall'analisi e dalla valutazione delle necessità e dei costi per giungere alla verifica dei risultati e alla correzione delle eventuali sfasature. Per

garantire questo *modus operandi*, diventa indispensabile partire dalla formazione degli uomini, le cui capacità e la cui professionalità devono trovare sbocco e realizzazione. La formazione diventa lo strumento indispensabile per continuare a migliorare. Una formazione che deve spaziare in diversi campi. Lo Studio Amadei da 15 anni opera nel settore della progettazione di servizi per industrie, grandi organizzazioni, enti pubblici e privati, aziende ospedaliere. Inoltre ha istituito una scuola permanente in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di Bologna "Policlinico S. Orsola Malpighi" per la gestione dei servizi ospedalieri rivolta al personale tecnico sanitario e ai responsabili del controllo qualità delle imprese di servizi. La scuola è la più recente tappa

di un percorso che ha nella formazione uno dei suoi punti forti, con l'allestimento di corsi di addestramento per operatori di pulizia, corsi di specializzazione nell'area della qualità e della sicurezza del servizio, corsi di perfezionamento nell'area tecnico-gestionale e commerciale delle imprese di servizi. Per quanto riguarda i Servizi di Sanificazione, lo Studio Amadei opera dalla pianificazione del servizio (ivi compresi lo sviluppo di tempi e metodi, l'individuazione della tecnologia e dei prodotti, la valutazione degli investimenti eccetera) alla definizione del livello igienico, con le prestazioni e le relative frequenze, al check-up di produttività e qualità del cantiere. Lo Studio Amadei supporta le aziende ospedaliere nella definizione e implementazio-

ne dei sistemi di misurazione delle prestazioni conformi alle norme UNI e ISO 9000 e le assiste nella gestione dei contratti di risultato, fornendo un sistema software per il controllo statistico e strumenti di misura e operando training al personale addetto al controllo. La Consulenza si sviluppa a 360 gradi e si concretizza, tra l'altro, nell'assistenza alle aziende nell'attuazione del Digs 626/94, nel supporto per la rilevazione e valutazione dei punti critici previsti dal manuale HACCP, nel supporto della definizione tecnica e normativa per l'affidamento dei servizi in "global Service", nello sviluppo di studi di fattibilità per la formulazione e assegnazione di gare d'appalto del servizio di lava-nolo e lavanderia industriale.

M.M.

Leader internazionale nei contenitori monouso per rifiuti a rischio, speciali, acuminati, taglienti.

AP medical

Arredo Plast spa via Ing. G. Taliencio, 2 31024 Roncadelle di Ormelle (Treviso) Italy
tel +39 0422.20.56.11 fax +39 0422.20.56.65 info@apmedical.net

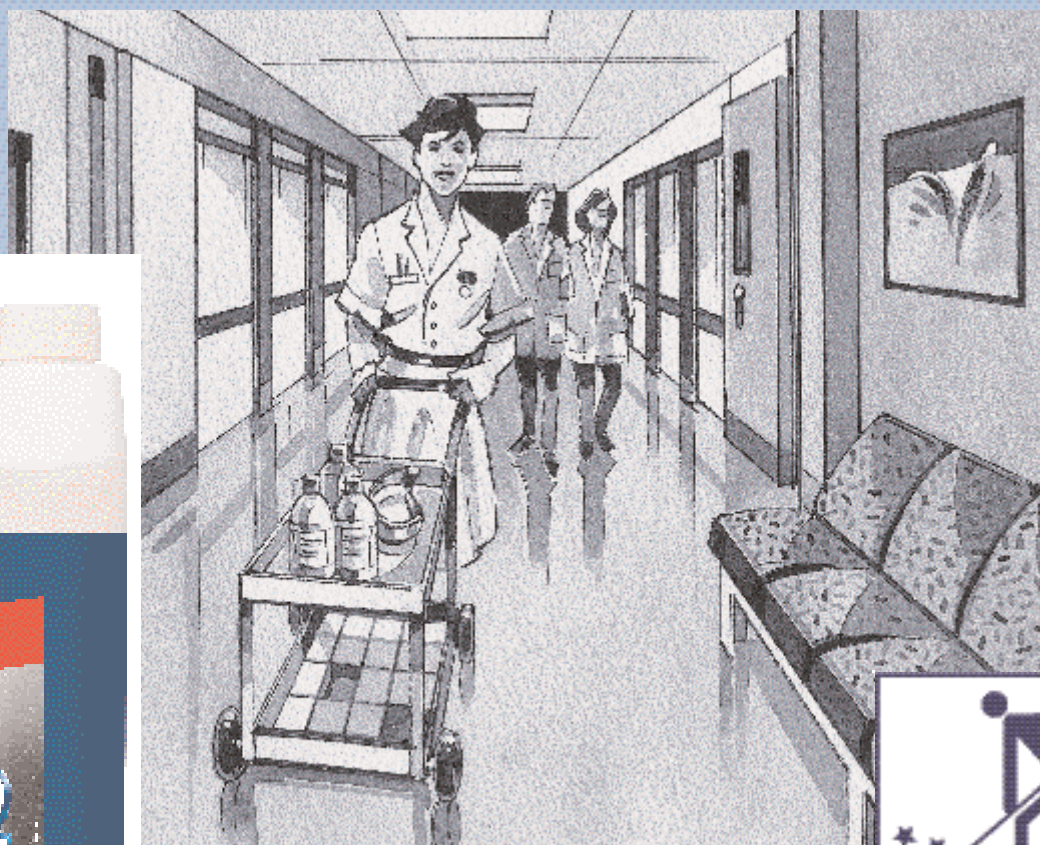
JONTEC. RESITOL

EMULSIONE PER PAVIMENTI RESISTENTE ALL'ALCOOL ED AI DISINFETTANTI

Protegge i pavimenti da alcool
e disinfettanti per le mani
e la pelle

- Ottima resistenza all'alcool ed ai disinfettanti
- Ottima resistenza al traffico ed ai segni neri
- Perfettamente compatibile con i detergenti disinfettanti per pavimenti
- Particolarmente adatto sul Linoleum

NOVITÀ!



***La cura dei pavimenti è più semplice...
con Johnson Wax Professional***



UN FASTIDIO IN MENO

Le zanzariere Genius risolvono il problema degli insetti molesti: si applicano in 5 minuti e sono adattabili a qualsiasi tipo di infisso

Zanzare, mosche, cimici sono ospiti indesiderabili e indesiderati che, tuttavia, non risparmiano neppure le strutture ospedaliere. Insetticidi chimici o insettifughi fumosi e troppo aromatici non sono adatti per risolvere il problema in ambienti che richiedono soluzioni di impatto nullo. La soluzione è l'applicazione di zanzariere, che costituiscono la difesa più efficace contro le intrusioni di insetti molesti. Il Gruppo Genius produce zanzariere per tutte le esigenze, adattabili per tutti i tipi di infissi e per tutte le destinazioni d'uso. Per finestre, per portefinestre, a uno o più battenti, avvolgibili a molla o a catena, con scorrimento verticale od orizzontale, tutte le zanzariere vengono fabbricate su misura sono disponibili in una ampia scelta di colori e finiture.

M.M.

stre, per portefinestre, a uno o più battenti, avvolgibili a molla o a catena, con scorrimento verticale od orizzontale, tutte le zanzariere vengono fabbricate su misura sono disponibili in una ampia scelta di colori e finiture.

PROGETTO PILOTA ALL'OSPEDALE SAN BORTOLO DI VICENZA

“Partner in sanità: per un ospedale a misura d'uomo”: questo il tema della sperimentazione che propone la struttura sanitaria come medium pubblicitario per reperire risorse finanziarie da destinare al miglioramento dell'ambiente e alla comunicazione con i cittadini

La ULSS6 di Vicenza ha varato un progetto pilota per l'apertura delle strutture sanitarie ad attività di sponsorizzazione da parte di soggetti pri-

vati e vendita di spazi pubblicitari, con l'obiettivo di finanziare progetti di comunicazione al cittadino, di modernizzazione e umanizzazione dell'ambiente ospedaliero, di miglioramento dell'accoglienza e della qualità dei servizi. Il progetto, ideato e realizzato dall'Agenzia Meneghini & Associati, propone nuovi ambiti di collaborazione tra pubblico e privato, in un contesto in cui le aziende sanitarie sono chiamate ad avvicinarsi ai criteri di efficienza di una moderna azienda, relazionandosi con l'ambiente di riferimento e adottando i moderni sistemi di marketing. Ma le contenute risorse finanziarie disponibili per il settore sanitario non consentono di spendere risorse in investimenti non strettamente inerenti alle pratiche sanitarie. Volendo tuttavia avviare iniziative di comunicazione rivolte ai cittadini e al miglioramento del comfort, l'ULSS 6 di Vicenza ha deciso di cercare sul mercato nuove forme di risorse, che saranno utilizzate per migliorare la qualità dell'accoglienza e del servizio, per dialogare meglio con gli utenti e con la popolazione. La scelta dell'ospedale come medium pubblicitario è di sicuro interesse, in quanto struttura aperta, vissuta quotidianamente da un pubblico numeroso ed eterogeneo, formato in prevalenza da persone sane, potenziali consumatori di beni e di servizi. Accanto all'affitto di spazi pubblicitari, il progetto prevede anche un ruolo significativo per le sponsorizzazioni, in quanto fonte di co-finanziamento per realizzare specifiche attività di comunicazione dell'Azienda Sanitaria. Per quanto riguarda la natura dei messaggi pubblicitari, un Organismo di Supervisione Etica appositamente costituito vigilerà che non venga mai meno il rispetto della persona dell'ambiente in cui è inserito, anche attraverso precise limitazioni, come l'esclusione completa delle aree di degenza. La distribuzione delle strutture pubblicitarie sarà attuata secondo principi di sobrietà e di non interferenza nelle attività sanitarie.

M.M.

PERCHÉ SCEGLIERE MÖLNLYCKE HEALTH CARE ?

Con klinidrape e Barrier Brand, Mölnlycke Health Care offre una gamma ineguagliabile di dispositivi medici monouso per le sale operatorie

La sicurezza del paziente e degli operatori è sempre più oggetto di attenzione e cura da parte del mondo sanitario. Ridurre il tasso di infezioni ospedaliere è, oggi più che mai, una priorità per tutti gli operatori. Per questo i dispositivi medici monouso di qualità sono considerati come elementi essenziali nella lotta contro le infezioni. Con klinidrape®, il marchio leader in Europa per teli, set e camici chirurgici monouso e con BARRIER Brand rinomato in tutto il mondo, Mölnlycke Health Care è tra i più grandi produttori di dispositivi medici monouso al mondo. Questo consente ai clienti di avvalersi di una gamma di prodotti estremamente ampia ed ineguagliabile. L'assortimento disponibile presso Mölnlycke Health Care è in grado di soddisfare tutte le esigenze delle sale operatorie garantendo i massimi standard di qualità e di prestazioni.

A.C.





aiutiamo chi aiuta

M E D I C A L

Dall'integrazione di **SHERWOOD** e **KENDALL** il più ampio catalogo di dispositivi medico-chirurgici per la cura di patologie cardio-toraciche, chirurgia generale, urologia, terapia vascolare, nutrizione enterale, termometria e medicazioni. **MALLINCKRODT**, leader nella diagnostica per immagini, anestesia e rianimazione.

**ENDOMECCANICA
C A P I T A L**

Suturatrici meccaniche e prodotti monouso per chirurgia mininvasiva **AUTO SUTURE**, **ORIGIN** e **DEXIDE**. Strumentazioni e monouso per elettrochirurgia, ultrasuoni e radiofrequenze **VALLEYLAB**. Apparecchiature per diagnostica **ABBI**, **MIBB** e **NAVIGATOR**.

S U R G I C A L

Dalla fusione di due grandi aziende quali **DAVIS & GECK** e **AUTO SUTURE** il più completo catalogo al mondo di suture, suturatrici cutanee, reti e adesivi chirurgici di nuova generazione.



Gruppo-Dussmann



FACILITY MANAGEMENT

Facility Management per Aziende Pubbliche e Private

Ristorazione Collettiva e Catering

Sanificazione e Igiene Ambientale

Palizie Civili e Industriali

Progettazione e Realizzazione di Centri di Cottura

Mantenimento Edile e di Impianti Tecnologici

Gestione Globale di Residenze per Azioni



TUV ISO 9001
NR. 201005116

BOLZANO
Via Dante, 6
tel. 0471/548111
fax 0471/548100

PADOVA
Via Longhin, 83
tel. 049/8373401
fax 049/8371700

MONCALIERI (TO)
Via Podgora, 20
tel. 011/8870000
fax 011/8813470

BERGAMO
Via Cavour, 214C
tel. 035/432111
fax 035/432090

ROMA
Via Salaria, 47
tel. 06/5714718
fax 06/5714244



Email: pedus.it #pccom.it