

# L'OSPEDALE

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



Periodico dell'ANMDO

ASSOCIAZIONE NAZIONALE

MEDICI DIREZIONI OSPEDALIERE

3/02

## ORGANIZZAZIONE

Ruolo del direttore sanitario  
nelle dimissioni protette

## MANAGEMENT

DONAZIONE, PRELIEVO E TRA-  
PIANTO DI ORGANI E TESSUTI  
Il ruolo strategico della di-  
rezione sanitaria

## EDILIZIA SANITARIA

Qualità e tutela ambien-  
tale negli ospedali

## IGIENE OSPEDALIERA

Autocoscienza del comi-  
tato per il controllo delle  
infezioni ospedaliere: ruo-  
lo di controllo, responsa-  
bilità

## PROGRAMMAZIONE

Federalismo e sussidiarietà  
nella sanità dopo la modi-  
fica della Costituzione  
ed obiettivi

## RUBRICHE

Orizzonti



**EDICOM**

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



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

**New!**



la realtà del campo di distribuzione. Ad oggi in ambito ospedaliero è ormai di difficile trovare sempre più presenza delle infezioni da Legionella, un batterio che si annida nella rete idrica ed è responsabile di infezioni per uomini. Sfortunatamente sono anche stati emanati delle linee guida<sup>(1)</sup> che suggeriscono delle

nuove di controllo a breve, medio e lungo termine, e la filtrazione è indicata per queste ultime.

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

**Aquasafe "L"** è studiato per installare una barriera assoluta contro il batterio della Legionella. Ha una durata di 14 giorni e fornisce una garanzia di ritenzione (efficienza) del 100%, continuamente ad altre modalità di uso corrente, che non compromettono la sicurezza totale e preservano ogni qualità naturale dell'acqua.

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

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

(1) *Strumenti e metodi di controllo della Legionella nei sistemi idrico-sanitari* - Pag. 10

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

**PALL** Life Sciences



# Sono esigente, QUESTI SONO GLI strumenti che ho scelto

**La tromba, perché è semplice e precisa. Rapidpoint 400, perché è senza manutenzione e facile da controllare.**

Se avessi voluto un lavoro semplice non avrei scelto di lavorare nei reparti Area Critica. Ho scelto questa specializzazione perché credo che quello che faccio possa fare la differenza.

E come nella musica. Ho studiato molto e mi sono esercitato a lungo e spero di riuscire a fare qualche cosa che abbia valore per gli altri.

Credo in quello che faccio, per questo scelgo i miei strumenti con cura. Ed è per questo che ho scelto il sistema Rapidpoint 400.

**Rapidpoint® 400  
Il sistema  
per i casi critici.  
Abbi fiducia.  
Ottimali buoni risultati.**

- Senza manutenzione - basta cambiare la cartuccia di misura quando richiesto (dura 28 giorni)
- Controllo di Qualità Automatico (dura 28 giorni)
- Parametri analizzati: pO<sub>2</sub>, pCO<sub>2</sub>, pH, Na<sup>+</sup>, Ca<sup>2+</sup>, K<sup>+</sup>, D-glucosio e ematocrito. Cook completo: Hct, COHb, O<sub>2</sub>Hb, Hb, MetHb, SO<sub>2</sub>, SuHb+1.5%
- La gestione avanzata del campione comprende la rilevazione automatica e la rinvio del coagulo
- 60 secondi da pronto analisi a pronto analisi
- Video guida in linea
- Touch screen e software intuitivo

**Rapidpoint400**



**Bayer**   
**Diagnosics**

[www.bayerdiag.com](http://www.bayerdiag.com)



# SOMMARIO

**L'OSPEDALE** - Periodico Trimestrale  
dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici  
Direzioni Ospedaliere Fondato dal  
Prof. Pino Foltz - Anno LV - Numero 3  
Luglio-Settembre 2002

Direzione, Amministrazione,  
Redazione e Pubblicità  
EDICOM s.r.l.  
Sede legale: via Zavanasco, 2  
20084 Lachiarella (MI)  
Sede operativa:  
Via Alfonso Corti, 28 - 20133 Milano  
tel. 02 70 63 36 94 - 70 63 34 29  
fax 02 70 63 34 29  
e-mail: edicom@iol.it  
http://www.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. Cestroni,  
C. Del Giudice, B. Falzea, G. Fontana, L. Jacomelli,  
G. Finzi, K. Kob, F. Longanella, U. Podner Koramomj,  
L. Renzulli, E. Rizzato, G. Schirripa  
Comitato editoriale: U.L. Aparo, C. Del Giudice,  
G. Finzi, K. Kob, A. Marcolongo, G. Pelissero  
Segreteria e diffusione: Barbara Amoruso  
Hanno collaborato  
N. Alvaro, M. Bombonato, M.C. Bogni, P. Caltagirone,  
G. Finzi, N. Manoni, P. Micossi, E. Rizzato, A. Zoli

Abbonamenti  
ITALIA ANNUO € 30,99  
EUROPA  
PAESI EXTRA EUROPEI € 103,29  
Copia € 1,29  
C.C.P. 38498200

fotolito e stampa:  
T&T STUDIO - MILANO  
GRAFICHE JODICE - ROSATE (MI)

Autorizzazione del tribunale di Milano n°264 del 04/05/2001.  
La pubblicità non supera il 45% del numero delle pagine di cia-  
scun fascicolo della rivista.

Testata in fase di certificazione secondo il regolamento  
C.S.S.T. (Certificazione Stampa Specializzata Tecnica)

Tiratura del presente numero 5.000 copie

© Copyright EDICOM s.r.l. - Milano

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

"Ai sensi dell'art. 2 comma 2 del codice di deontologia re-  
lativo al trattamento dei dati personali nell'esercizio del-  
l'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 ri-  
volgersi al responsabile del trattamento dei dati sig. ra  
Barbara Amoruso presso la sede di Milano Via Alfonso Cor-  
ti, 28 per esercitare i diritti previsti dalla legge n. 675/967"



foto copertina:  
Ospedali Riuniti  
del Canavese  
Sede di IVREA

## EDITORIALE

7

## ORGANIZZAZIONE

Ruolo del direttore sanitario delle dimissioni protette

8

## MANAGEMENT

Donazione, prelievo e trapianto di organi e tessuti  
Il ruolo strategico della direzione sanitaria

16

## EDILIZIA SANITARIA

Qualità e tutela ambientale negli ospedali

28

## IGIENE OSPEDALIERA

Autocoscienza del comitato per il controllo delle infezioni  
ospedaliere: ruolo di controllo, responsabilità ed obiettivi

34

## PROGRAMMAZIONE

Federalismo e sussidiarietà nella sanità dopo la modifica  
della Costituzione

40

## RUBRICHE

## ORIZZONTI

46



## Donazione e trapianto d'organi e tessuti: quale ruolo per le direzioni sanitarie?

**A**i nostri lettori non sarà certamente sfuggito che negli ultimi numeri sono comparsi ben quattro articoli sul tema della donazione e trapianto d'organi e tessuti. Infatti, nel numero 1/2002 è stato pubblicato l'articolo "La donazione di organi e tessuti: una normativa in evoluzione", nel quale è stata analizzata, da parte di un gruppo di colleghi dell'Ospedale di Carpi, l'evoluzione normativo-giuridica, a partire dal 1958 fino all'entrata in vigore della Legge 91/1999. Questo excursus permette di cogliere le "modifiche di orientamento intervenute in termini solidaristici e di tutela della salute, parallelamente all'evolversi delle conoscenze in campo medico chirurgico e delle finalità terapeutiche dei trapianti."

Nel successivo numero sono comparsi due articoli. Il primo, dal titolo "Donazione di organi nella società che cambia: aspetti storici, sociologici e culturali", i cui autori, oltre a prestare la loro attività in Direzione sanitaria, svolgono le funzioni di coordinamento del Centro provinciale trapianti di Bolzano, ha cercato di fornire una chiave di lettura del processo della donazione e trapianto di organi in un'ottica socio-culturale, osservando e valorizzando le interrelazioni tra gli aspetti giuridici, medico legali, clinici, organizzativi, etici e culturali di tale processo. Il secondo articolo, dal titolo "Trapianto e prelievo di organi e tessuti: indagine sul grado di conoscenza degli operatori sanitari dell'Azienda Ospedaliera SS. Annunziata di Taranto", redatto da un gruppo di colleghi di Taranto, presenta una interessante ricerca che, analizzando il livello di informazione degli operatori sanitari, ha sperimentato una serie di interventi migliorativi per aumentare la sensibilità del personale, a cui ha fatto seguito un incremento dell'attività di prelievo di organi. Nel presente numero 3/2002 viene, infine, pubblicato l'articolo "Donazione, prelievo e trapianto di organi e tessuti: il ruolo strategico della Direzione Sanitaria, redatto dal Direttore generale, dal Direttore sanitario e dalla responsabile dell'ufficio prelievi/trapianti dell'Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda di Milano. Tali autori, dopo una puntuale analisi sul ruolo della Direzione sanitaria aziendale e della Direzione medica di presidio ospedaliero nell'ambito della donazione e del trapianto d'organi, propongono un nuovo modello organizzativo. Tale articolo ben si coniuga con la relazione del gruppo di lavoro AIRT, presentato nello scorso febbraio al Convegno di St Vincent, con il titolo "Donazione e trapianto d'organi: il ruolo delle direzioni sanitarie aziendali e delle direzioni mediche di presidio ospedaliero. In tale relazione viene illustrato il ruolo del Direttore sanitario e del Direttore medico di presidio, nel contesto dei peculiari modelli organizzativi adottati dalle regioni/provincia autonoma che afferiscono all'AIRT.

A questo punto, sorge una domanda legittima: perché tanto spazio a tali argomenti nel periodico dell'Associazione Nazionale Medici di Direzione Ospedaliera?

La risposta è molto semplice e rispecchia una precisa strategia editoriale. Innanzitutto, perché il settore della donazione e trapianto d'organi è di grande importanza ed attualità, e in secondo luogo perché, malgrado la presenza dei coordinatori locali su tutto il territorio nazionale, il ruolo del Direttore sanitario aziendale e del Direttore medico di presidio ospedaliero è fondamentale.

L'attività trapiantologica ha dimostrato di essere, per numerose gravi patologie, non già una alternativa terapeutica opzionale, quanto una strategia terapeutica di prima scelta, tanto da essere diventata obiettivo prioritario nei programmi di politica sanitaria e di economia sanitaria del Ministero della Salute. Tale Ministero, grazie alla Legge 91/1999, ha dato il via ad una profonda riorganizzazione del sistema donazioni-trapianti a livello nazionale, regionale e locale, ed ha promosso programmi di informazione per operatori sanitari e cittadini. I risultati non si sono fatti attendere. L'Italia ha progressivamente aumentato il numero dei donatori utilizzati: da 12,3 pmp nel 1998 è passata a 15,8 pmp nel 2001. Dopo essere stata, assieme alla Grecia, il fanalino di coda per molti anni, nel 2001, l'Italia, ha addirittura superato la media europea, collocandosi, con orgoglio, al sesto posto. Malgrado il progressivo aumento di donatori nell'ultimo quinquennio, per poter esaudire la richiesta di tutti i malati in attesa di un organo, la strada è ancora lunga ed impegnativa.

Ci appelliamo, quindi, ai colleghi che fanno parte sia delle direzioni strategiche che delle direzioni mediche di presidio, affinché diano il loro insostituibile contributo nella programmazione, organizzazione e gestione delle attività relative alla donazione ed al trapianto di organi e tessuti.

Infatti, come evidenziato nelle citate pubblicazioni, il nostro ruolo strategico ed operativo risulta fondamentale, per cui, data l'importanza attuale e considerate le prospettive future, proponiamo di continuare apertamente il dibattito sull'argomento.

*La Segreteria Scientifica*

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

## Ruolo del direttore sanitario nelle dimissioni protette

### Riassunto

All'interno dell'Azienda sanitaria il Direttore Sanitario dovrebbe rivestire le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo. Questo articolo illustra come tale ruolo è stato rivestito relativamente ad una esperienza di dimissione protetta condotta presso l'Azienda ULSS 4 - Alto Vicentino. L'analisi preliminare aveva evidenziato come i diversi servizi, ospedalieri e territoriali, fornissero risposte non coordinate, settoriali, scarsamente dinamiche, con scarsa attenzione alle esigenze reali dell'utenza. Fu, quindi, deciso di attivare un progetto finalizzato a migliorare la qualità dell'assistenza, redistribuire efficacemente le risorse ed assicurare la continuità assistenziale. Fu identificato nella dimissione protetta lo strumento ottimale per realizzare questi obiettivi.

In questo contesto, il ruolo del DS è stato quello di armonizzare e coordinare i percorsi e gli interventi, attraverso un'azione sviluppata in più fasi. La prima fase è stata quella di modificare le modalità di analisi dei costi, non utilizzando il sistema "costo su costo", ma introducendo un sistema di rilevazioni centrato sulla singola patologia, definita mediante la classificazione ICPC. Tale analisi ha evidenziato come il 14% della popolazione generi l'85% della spesa e che casi analoghi dal punto di vista clinico generavano percorsi diagnostico-terapeutici e costi estremamente diversificati. L'analisi della situazione portò a scegliere come prototipo per un nuovo modello di gestione le "vasculopatie cerebrali non chirurgiche."

**Enzo Rizzato**

*Direttore Sanitario, Azienda ULSS 4 - Alto Vicentino*

Parole chiave: dimissione protetta, coordinamento, continuità assistenziale, miglioramento qualità, analisi dei costi  
Key words: *protected discharge, coordination, continuity of care, quality improvement, cost analysis*

### Summary

*Within a health care agency, the role of the Medical Director (MD) should include guidance, control and co-ordination of services provided. The following paper illustrates how this role was performed within a study on protected discharges, which took place in the Azienda ULSS 4-Alto Vicentino. A preliminary analysis, revealed that the various institutions, local and hospital, were providing non-coordinated, sectorial, scarcely dynamic services, with poor attention paid to the actual needs of the public. It was therefore decided to design a project, which would ultimately improve the quality of services provided, effectively re-distribute the allocated resources and insure the continuity of care. The best instrument to reach these objectives was identified in the concept of "protected discharge". In this context, the MD's role was to coordinate and harmonize pathways and interventions, through a multi-phasic approach. The first phase was to change the cost analysis methods, by no longer using the "cost over cost" method, but introducing a method of measurements based on the specific pathology, defined by the ICPC classification. This analysis revealed that 85% of the expense is generated by 14% of the population, and that similar clinical cases were handled in very different ways, diagnostically, therapeutically and financially. Based on this situation analysis, the chosen prototype for the new model of management was "non -surgical cerebro-vascular accidents".*

### Introduzione

Qualsivoglia modifica ed innovazione che si debbano introdurre all'interno dei processi produttivi di una azienda socio sanitaria necessitano dell'intervento del Direttore Sanitario il quale deve rappresentare il momento di convergenza di progettualità, imprenditorialità e fattibilità, espressione rispettivamente di fantasia, intraprendenza e soprattutto conoscenza della dinamica produttiva aziendale.

Al Direttore Sanitario, che rappresenta la competenza tecnico-sanitaria all'interno della Direzione Strategica dell'Azienda, è infatti attribuita una triade di funzioni.

**Funzione di indirizzo.** Essa consiste nello stimolare gli Organi dell'Azienda ed i Responsabili di Dipartimenti o di Unità Operative, ad innovare, modificare o migliorare percorsi, procedure e tecnologie secondo i grandi obiettivi strategici posti dalla Direzione Generale e dalle Norme Regionali e Nazionali.

**Funzione di coordinamento.**

Questa rappresenta il momento della sintesi analitica delle procedure e delle relazioni fra le diverse realtà operative dell'Azienda, facilitando il sorgere di adeguate sinergie, finalizzate a risultati verificabili, mediante la informazione, la formazione e la mediazione, allo scopo di creare consenso o di fare eseguire i necessari atti operativi.

**Funzione di controllo.** Essa è la necessaria verifica dei risultati mediante il rilevamento di adeguati indicatori concordati che esprimano le caratteristiche dei risultati stessi e la correttezza delle procedure applicate.

L'uso di questi tre strumenti deve basarsi su dati analitici rappresentanti realtà oggettive, relative a specifiche attività o reali bisogni, per i quali si ritenga necessario procedere a modifiche od innovazioni, allo scopo di migliorare lo stato di salute della popolazione.

Poiché risulta facile, ma allo stesso tempo artificioso, presentare percorsi operativi puramente teorici, si ritiene più utile e chiarificatrice la descrizione di una esperienza pratica realizzata presso la U.L.S.S. n. 4 della Regione Veneto, relativa ad una iniziativa di Dimissione Protetta mirante a conseguire la Continuità Assistenziale di una specifica realtà patologica di comprovata rilevanza sociale.

**Il punto di partenza**

L'analisi della realtà socio-sanitaria territoriale, rilevata fino al 31 marzo 1995, nell'area di competenza dell'Azienda U.L.S.S. - "Alto Vicentino (Thiene - Schio) evidenziò che spesso i diversi servizi e le varie strutture (territoriali ed ospedaliere) offrivano prestazioni non coordinate, in quanto le stesse venivano erogate mediante diversi momenti decisionali ed operativi che facevano capo ciascuno a centri di costo autonomi, ognuno dei quali seguiva proprie logiche organizzative e gestionali.

Conseguentemente venivano of-

ferte risposte settoriali, in base alle finalità per le quali era stato istituito il singolo servizio che si limitava alle stesse, senza verificare che quanto precedeva e quanto seguiva fosse effettivamente finalizzato al conseguimento del risultato o alla ottimizzazione dell'uso delle risorse. Per fare un esempio banale, nel caso della fornitura della carrozzina per i disabili, si rilevava che lo specialista o il responsabile dell'assistenza che le prescriveva non era in relazione con chi le ordinava, con colui che le immagazzinava o con l'addetto alla consegna: il risultato, di questa frammentazione nel percorso della fornitura, erano ritardi e sperperi inutili.

Inoltre, si rilevava che poiché non tutti questi centri erogatori di ser-

LA CONSTATAZIONE DI  
QUESTE INEFFICIENZE, RESE  
PALESI ALLA DIREZIONE  
SANITARIA UNA SERIE DI  
OBIETTIVI IMPROPRIOGABILI E LA  
INDUSSE AD ESPORARE  
MODALITÀ ORGANIZZATIVE  
IDONEE AD EVITARE IL  
PROLUNGARSI DEI TEMPI  
OPERATIVI E L'INEFFICIENZA DEI  
PROCESSI ASSISTENZIALI.

vizi, avevano un responsabile diretto, mancava una supervisione dell'attività e quindi non era possibile analizzare, se non dal punto di vista del mero costo, l'efficienza degli stessi.

L'indagine evidenziò, inoltre, che ogni servizio era statico nell'offrire risposte alla domanda, in quanto tali risposte, indipendentemente dalle risorse disponibili, erano sempre le stesse, il che significava che non vi erano criteri di priorità basati sull'urgenza o indifferibilità del bisogno espresso.

D'altro canto, da questa "clausura" in sé stessi dei singoli centri erogatori, derivava la totale misconoscenza delle potenzialità e delle professionalità presenti negli operatori degli altri servizi, che non

venivano, quindi, utilizzare appieno, con conseguente e inevitabile demotivazione ed appiattimento professionale.

Sul versante della domanda, l'utente, di fronte alla lentezza e alla inadeguatezza della risposta, cercava di risolvere il proprio problema contingente approcciando diversi accessi, anche inappropriati o non competenti, basandosi spesso sui privilegi o sulle conoscenze, con il risultato di raddoppiare o triplicare le richieste per uno stesso bisogno (la stessa esigenza veniva presentata al Distretto, al Centro diurno geriatrico, al Medico di Medicina Generale, al centro per l'handicap, al Comune, alle Associazioni di volontariato, etc.)

L'analisi in oggetto dimostra, in sintesi, che mancava il coordinamento continuativo degli interventi che garantiva la continuità assistenziale, servizio che in gran parte si avvale delle Dimissioni Protette con risultati devastanti sul versante dell'offerta in quanto derivavano ricoveri ripetuti e impropri, spreco di risorse, o utilizzo diseguale ed a volte iniquo delle stesse in quanto venivano fruite dagli utenti, in base alla possibilità più o meno privilegiata di accesso, e non alle effettive priorità ed esigenze.

I dati dimostrano, quindi, la necessità di regolamentare la domanda incanalandola in percorsi adeguati e definiti ma, soprattutto, evidenziò l'esigenza di offrire risposte pronte ed adeguate, mediante il coordinamento e la supervisione dei processi dell'offerta.

La constatazione di queste inefficienze, rese palesi alla Direzione Sanitaria una serie di obiettivi improprorogabili e la indusse ad esplorare modalità organizzative idonee ad evitare il prolungarsi dei tempi operativi e l'inefficienza dei processi assistenziali.

Gli obiettivi da perseguire furono quindi:

- Migliorare la qualità dell'assistenza per ottemperare ai compiti istituzionali del servizio.
- Ridistribuire un modo efficace

le risorse per non creare disuguaglianze e iniqui ritardi od ingiuste omissioni di intervento.

- Assicurare la continuità assistenziale intesa come strumento capace di garantire regolari percorsi per l'offerta e conseguire affidabilità e fiducia nell'utente sì da rendere superfluo, per quest'ultimo, il ricorso a vie alternative di accesso ai servizi stessi.

Lo strumento cardine identificato come ottimale per realizzare i suddetti obiettivi fu la DIMISSIONE PROTETTA, quest'ultima infatti parte dal concetto base che per preservare dignità individuale e qualità di vita in una società moderna si deve evitare in tutti i modi lo sradicamento della persona dall'ambiente abituale permettendogli il godimento degli affetti e delle consuetudini anche se le condizioni di salute si fanno precarie: la deospedalizzazione non deve, ovviamente, essere ispirata dalla necessità di scaricare sulle famiglie la responsabilità o i costi dell'assistenza, ma deve rappresentare un salto di qualità nell'erogazione dei servizi, nei quali vengono investite le risorse necessarie a dare sicurezza e serenità ai cittadini-utenti.

(Né in ospedale, né nel territorio, ma a casa!)

Una precisa definizione quindi di Dimissione Protetta può essere la seguente:

Continuazione del percorso assistenziale ospedaliero-residenziale mediante la programmazione degli interventi e la predisposizione dei supporti medico-assistenziali, in base alla corretta previsione dell'evoluzione dello stato di salute, mediante il concorso armonico di risorse ospedaliere e territoriali (sanitarie e sociali).

## Il compito del direttore sanitario

Il Direttore Sanitario ha quindi il compito di armonizzare e coordinare i percorsi e gli interventi della Dimissione Protetta, in quanto

la attuale struttura gestionale delle U.O. e dei servizi, vincola i responsabili degli stessi, legati alla ghigliottina economica dello strumento di Budget, ai costi dell'attività di loro competenza, in base ad un "sacro egoismo", che non concede di farsi carico di scelte e di costi gravanti sul servizio, di cui sono responsabili, anche se potrebbero avere vantaggi sull'economicità globale dell'offerta.

Il Direttore Sanitario deve rompere l'egoismo settoriale attraverso un processo originale di armonizzazione e coordinamento, legando i vari attori coinvolti in un unico progetto terapeutico - assistenziale.

L'esperienza pratica di cui si è accennato all'inizio della presente esposizione permette di evidenziare la dinamica del processo di realizzazione di un sistema di dimissioni protette per una particolare situazione patologica.

L'iniziativa e l'intero processo deve essere identificato in tappe, non solo per comprenderne l'iter complessivo ma anche per focalizzare appieno il ruolo e il compito avuto dal Direttore Sanitario.

### 1° TAPPA: per chi attivare la D.P. ?

Partendo dall'esigenza Veneta di adeguare i ricoveri alle esigenze Regionali, emergeva la necessità di ridurre il numero ed aumentarne l'appropriatezza. Conseguentemente, diventava necessario riconoscere, dall'analisi della realtà presente, quelle aree di domanda caratterizzate dall'uso improprio del ricovero, identificato come strumento di supplenza a carenze dell'assistenza territoriale, soprattutto per quelle situazioni di patologia ed invalidità particolarmente frequenti e costose.

L'analisi non è stata effettuata valutando l'attività della medicina extra-ospedaliera con il sistema "costo su costo" usualmente considerato, il quale valuta anno per anno l'induzione della spesa per voce di costo (farmaci, ricoveri, pre-

stazioni specialistiche, ecc.), in quanto l'obiettivo primario era quello di aggregare la spesa per patologia, in modo da poter valutare come, dove e per quale patologia venivano investite le risorse impiegate (valutazione del costo non più su sé stesso, ma in relazione al prodotto che ne derivava).

Il sistema valutativo chiamato I.C.P.C. (International classification of primary care) adottato da alcuni Paesi del Nord Europa (tra gli altri l'Olanda, la Norvegia, e la Finlandia) è sembrato il più adeguato ad illustrare le caratteristiche della spesa in base all'esigenza di collegarla alla singola patologia presentata, in modo da poter confrontare, medico per medico, i costi indotti per analoghe situazioni patologiche.

La collaborazione di Medici di Medicina Generale che, coinvolti nel progetto, hanno partecipato ad esso con entusiasmo, ha permesso di caricare su ogni singolo assistito i costi dell'assistenza, e correlandoli successivamente alla classificazione I.C.P.C., ha fatto sì che gli stessi fossero attribuiti a specifiche patologie.

I risultati dell'analisi hanno dimostrato che:

- Il 20% della Popolazione non genera costi;
- Il 66% della Popolazione consuma il 13% della spesa;
- Il 14% della Popolazione (circa 23.000 persone su 180.000) genera l'85% della spesa.

Lo scorporo dei casi con costo superiore ai 5 milioni annui aveva permesso di identificare grazie:

- alla significatività della incidenza del costo per patologia;
- alla numerosità evidente dei casi;
- alle situazioni invalidanti e croniche più significative in termini di effetti e durata.

come occupanti i primi quattro posti, i seguenti gruppi di patologie classificate secondo il sistema I.C.P.C.:

- la cardiopatia medica;
- le osteoartropatie croniche;

- le vasculopatie cerebrali non chirurgiche;
- l'alcoolismo e le patologie alcool-correlate.

Il fenomeno però più preoccupante, ma allo stesso tempo più interessante, era la messa in risalto che per casi analoghi dal punto di vista della evidenza clinico-patologica, esistevano percorsi diagnostico-assistenziali del tutto diversi (preospedalieri, ospedalieri, e post-ospedalieri) caratterizzati da oneri di costo profondamente differenziati (da 15 milioni di lire a quasi 100.000 milioni di lire) con evoluzioni e risultati sanitari praticamente sovrapponibili, legati sostanzialmente alle diverse opportunità riscontrate o ricercate dall'utenza stessa, al di fuori, quindi, degli iter previsti normalmente nel sistema programmato per il trattamento delle suddette situazioni di disagio od infermità.

## La decisione strategica

L'analisi della situazione locale, che permetteva una ricaduta sociale rilevante ma soprattutto poteva fruire di operatori sensibili e particolarmente preparati nel campo specifico, portò a scegliere come patologia da gestire con nuovi approcci integrati deospedalizzanti, quella relativa alle "vasculopatie cerebrali non di interesse chirurgico", la quale rappresentava una complessità di interventi ed una convergenza di professionalità tali, da far sperare che un successo in tale settore, avrebbe permesso a maggior ragione, applicando analoghe strategie, di affrontare successivamente con soddisfazione, gli altri gruppi di patologie: si sarebbe, in poche parole, definito il "golden standard" per ogni situazione analoga, prefigurando uno schema di intervento sperimentato e di probabile successo.

### 2° TAPPA: verifica degli attori e delle procedure assistenziali potenzialmente coinvolte.

Il campo di intervento era stato individuato e la direzione sanitaria

si propose quindi di determinare le figure professionali coinvolte nelle varie tappe dell'iter diagnostico-terapeutico-assistenziale, in modo da poterne definire i compiti, le modalità di collaborazione ed i tempi di intervento.

Un'attenta analisi dell'esistente evidenzia:

1. che la fase preospedaliera ed ospedaliera dell'approccio alle vasculopatie cerebrali ed ai loro esiti non era standardizzata, ma del tutto occasionale, condizionata dalle evenienze (momento, luogo, giorno del fatto acuto, ecc.) dalle disponibilità (dei servizi, dei posti letto, dei professionisti, del-

L'ANALISI D'INSIEME DEGLI ATTORI E DELLE PROCEDURE AVEVA PERMESSO, COME SI È POTUTO CONSTATARE, L'AFFIORAMENTO DELLE INEFFICIENZE ALLE QUALI SI È ACCENNATO, ED A MAGGIOR RAGIONE PERMISE, MEDIANTE I SISTEMI DI ANALISI DEI PROCESSI E SOTTO LO STIMOLO DELLE GIUSTE OSSERVAZIONI DEI CITTADINI, DI INDIVIDUARE I MOMENTI OPERATIVI INADEGUATI

le strumentazioni, ecc.) e dalle conoscenze ed amicizie;

2. che nelle strutture, soprattutto territoriali, vigeva un concetto "Serviziocentrico" che portava ad esaurire l'interesse e le attività degli operatori nel mero adempimento del ruolo specifico, senza interessi per il fine ultimo della loro azione rappresentato dallo stato di benessere e di salute dell'assistito e dei suoi familiari;
3. che nell'utenza stessa emergeva una sindrome "da supermercato" determinata dall'accaparramento di prestazioni e servizi, legato, nella peggiore delle ipotesi, all'improprio concetto che "...è meglio averne di più che non averne per niente!" e nella

migliore, all'autonoma costruzione di percorsi assistenziali estranei ad ogni logica clinico-organizzativa ed indotti spesso da cattiva o assente informazione e corrente educazione sanitaria.

Il ruolo di verifica delle attività socio assistenziali, proprio del Direttore Sanitario, aveva consentito la mappatura dei vari centri erogatori di servizio (Ospedale, RSA, Case di Riposo, Adimed, Adi, ecc.) di individuare le competenze sanitarie propriamente dette, distinguendole da quelle del Sociale e da quelle afferenti ai Comuni, di valutare il ruolo del volontariato sociale nella linea produttiva socio assistenziale. L'analisi d'insieme degli attori e delle procedure aveva permesso, come si è potuto constatare, l'affioramento delle inefficienze alle quali si è accennato, ed a maggior ragione permise, mediante i sistemi di analisi dei processi e sotto lo stimolo delle giuste osservazioni dei Cittadini, di individuare i momenti operativi inadeguati, attraverso i quali sfuggiva il controllo del percorso assistenziale (mancanza di protocolli, di inquadramento diagnostico, di informazione tra Medicina Generale ed accettazione Ospedaliera, tra dimissione e successivi controlli specialistici, tra rieducazione ospedaliera e territoriale e quant'altro fosse necessario al reinserimento del cittadino in uno stile di vita dignitoso ed accettabile per lui e per i suoi congiunti).

### 3° TAPPA: instaurare il colloquio tra gli attori del processo per poterne coordinare l'azione

Il Direttore Sanitario formalizzò un gruppo di lavoro da lui presieduto composto da un Neurologo, un Geriatra, un Fisiatra, un Internista, il Responsabile del Distretto, un Rappresentante dei Medici di Medicina Generale e il Direttore servizi sociali; a tali operatori venne affidato il compito di individuare le procedure più corrette ed integrate per conseguire da un lato i migliori risultati socio-assistenziali e, dall'altro, l'utilizzazione più red-

ditizia delle risorse disponibili.

Tale gruppo, pur non trascurando le valenze individuali, senz'altro preziose nell'approccio umano e tecnico-scientifico alle patologie cerebrovascolari, aveva il compito di fornire indirizzi operativi tenendo ben presenti questi valori aziendali:

1. la centralità dell'utente (riducendone i disagi);
2. l'integrazione degli interventi per risolvere problemi complessi;
3. la globalità dell'assistenza (per migliorarne la qualità);
4. la presa in carico collettiva del singolo caso;
5. la continuità delle cure;
6. un equo e razionale utilizzo delle risorse.

I bisogni dovevano essere soddisfatti, in ultima analisi, secondo tre requisiti basilari:

Efficacia, Economia, Gradimento, sui quali inevitabilmente si sarebbero definiti gli indicatori di valutazione.

#### **4° TAPPA: l'operatività dei protocolli**

Altro compito del Direttore Sanitario è stato quello di ufficializzare e formalizzare i protocolli decisi dal gruppo interdisciplinare, sì da rendere obbligatoria la loro applicazione, usando i processi di informazione e condivisione attraverso l'uso di una "Consensus Conference" coinvolgente tutti gli operatori interessati. Il Direttore Sanitario si è poi fatto carico di illustrare l'intero processo alla Direzione Strategica per giungere al necessario atto deliberativo formale, il quale rappresentò un vincolo operativo sia per gli utenti che per gli operatori coinvolti.

#### **5° TAPPA: Linee guida comportamentali**

L'intero processo clinico assistenziale (allegati) fu disegnato con lo scopo di indurre comportamenti che riducessero al minimo disagio per i pazienti ed i loro familiari ed allo stesso tempo migliorassero la "compliance" degli oper-

tori verso gli stessi (maggiore semplicità e chiarezza dei percorsi, incentivazioni, ecc.) in modo da far emergere una tensione in tutti che portasse ad un effettivo miglioramento della qualità dell'assistenza, tenendo sempre presente che, anche la riduzione dei costi (con l'abolizione degli sprechi e la semplicità delle procedure) permetteva non tanto un semplice risparmio, ma uno sfruttamento più razionale delle risorse, che alla fine si traduceva in una equa distribuzione delle stesse su tutti gli aventi bisogno.

Come si nota nel diagramma di flusso (allegato), venivano messi dei "paletti" alla utilizzazione delle varie opzioni, in base a percorsi concordati e definiti, saldando Medico di Medicina Generale, Unità Operative Ospedaliere di degenza e cura, nonché l'intera attività distrettuale in tutte le sue componenti, in un unico programma armonico, scandito nei controlli e nelle verifiche dagli indicatori previsti che rappresentano allo stesso tempo modi di operare, sistemi di controllo e garanzie nel conseguimento degli obiettivi programmati.

Chiave dell'intero sistema fu l'Unità Valutativa Distrettuale, momento di coesione e confronto delle varie offerte assistenziali. Da tale confronto doveva uscire un progetto assistenziale globale che ottimizzando le risorse umane e strumentali fornisse la garanzia di una risposta assistenziale chiara e perseguibile. Questa garanzia ha permesso di coinvolgere la famiglia degli assistiti per stendere e siglare quel "patto" avente come tutor il Medico di medicina Generale che precluse, in larga parte, la possibilità di abbandoni, fughe o la ricerca di percorsi autonomi alternativi. Gli obiettivi sopra definiti venivano valutati mediante questionari ed altri indicatori che permisero di effettuare le fasi successive

#### **6° FASE: del controllo.**

Il controllo sull'andamento del processo e sulla risposta degli ope-

ratori si pianificò mediante l'utilizzo di indicatori sentinella come:

- il rispetto dei tempi tecnici previsti dal protocollo;
- la presenza di programmi tecnici e riabilitativi;
- a puntuale fornitura dei presidi sanitari;
- l'attivazione dell'U.O.D. (in un tempo massimo di tre giorni) e la presenza del MMG.

#### **7° FASE: della verifica**

La verifica finale fu effettuata mediante indicatori di prodotto, i quali al di là del numero di casi effettivamente seguiti e del relativo costo rispetto ai casi precedentemente rilevati per uguale patologia, permisero di conoscere:

\* la qualità percepita dagli attori del progetto assistenziale :

1) il paziente e la famiglia (grazie a questionari ed interviste);

2) gli operatori che autovalutavano sia la qualità tecnica del loro lavoro rispetto agli obiettivi prefissati, che la qualità organizzativa che comprendeva il rispetto della tempistica, dei collegamenti, e di quant'altro fosse basilare per lavorare in sinergia.

Finalmente si cominciò a misurare nel territorio la qualità delle prestazioni grazie a sistemi complessi come la VRQ interna al servizio che consentì di confrontare i risultati ottenuti dal paziente rispetto agli obiettivi previsti dalla U.O.D., oppure monitorando indicatori più grossolani come le riammissioni in Ospedale, o le complicazioni evitabili, o le piaghe da decubito.

#### **Riflessioni**

Elementi qualificanti questo sistema di controllo furono quindi l'emergere della qualità percepita dagli operatori, che vedevano il riconoscimento della qualità tecnica espressa e si riappropriavano di un ruolo definito che configurava una ben precisa professionalità che veniva enfatizzata dal dimensionamento organizzativo; pertanto si poteva con convinzione affermare

che qualsiasi fosse la logica che sottostava alla qualità essa era comunque frutto di una sinergia delle componenti professionali di un sistema che non era composto da singoli solisti ma da un insieme di coristi. La visualizzazione della qualità della prestazione, nel dettaglio e nel complesso, con il miglioramento del risultato atteso attraverso l'uso di V.R.Q. interni permise di affermare che era necessario decantare sempre più il processo di efficienza settoriale per tendere ad una maggior efficacia delle prestazioni relative alla gestione globale del bisogno dell'utente.

I costi dei casi trattati, confrontati con la media del precedente assetto, con particolare riguardo agli oneri derivanti da trattamenti inappropriati, incompleti o controproducenti (quali le piaghe da decubito) permisero di affermare che bisognava cominciare a ragionare per processi e che la logica dell'integrazione doveva affermarsi come metodo di lavoro quotidiano grazie alla quale era ancora possibile in un sistema a risorse finite tendere ad aumentare l'offerta assistenziale (quali-quantitativa).

### Conclusione

L'esprimere qualità non rappresenta solo un dovere verso coloro che si attendono dalle prestazioni socio-sanitarie il ripristino di serenità e dignità nella vita quotidiana, ma deve rappresentare il frutto del convincimento interiore che la produzione di servizio qualitativamente elevati può diventare uno strumento di migliore e più giusta utilizzazione delle risorse, rappresentando essa stessa il primo e più rilevante risparmio:

In un sistema complesso come quello socio sanitario di un Paese moderno si ottengono risultati di qualità solo attraverso la chiarezza condivisa degli obiettivi e l'armonizzazione di tutte le professionalità, che confluiscono nel flusso regolato degli interventi.



## LAVASCIUGA & FONENDOSCOPIO

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

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

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



**MOLTO PIÙ DI UN SEMPLICE FORNITORE**

Coopservice • Divisione Pulizie • Carrigo di Reggio Emilia  
Via Bruno Buozzi, 2 • Tel. 0522 94211 • Fax 0522 942128  
E-mail: info@coopservice.it





20<sup>th</sup> MOSENA  
SALUTE NAZIONALE  
Mostra-Congresso  
Innovazione, Pratica,  
Scienze, Tecnologia  
& Incontro per la Salute

MOSTRA-CONGRESSO

# EUROSALUTE

RICERCA • TECNOLOGIA • MANAGEMENT PER LA SALUTE

**6-9 Novembre**  
**Fiera Milano 2002**

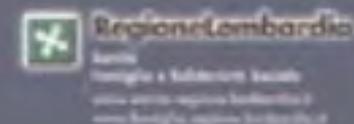
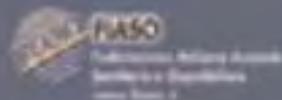
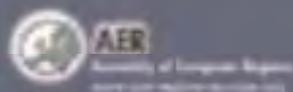
Ingresso Porta Gattamelata - Pad. 17

Orario 9.30 - 18.30



Summit for health and social care  
of the regions of Europe  
Second Conference of EU Regional Ministers

Comitato Scientifico Permanente:



Info EURO - General Information  
Tel. +39 02 4815241 - Fax +39 02 4815233  
e-mail: [www.euro@www.euro.com](mailto:www.euro@www.euro.com)

Info CONGRESS - Project Management  
Tel. +39 02 4815242 - Fax +39 02 4815232  
e-mail: [spedizioni@www.euro.com](mailto:spedizioni@www.euro.com)

www.euro.com





Donazione, prelievo e trapianto di organi e tessuti

## Il ruolo strategico della direzione sanitaria

L'esperienza dell'azienda ospedaliera "Ospedale Niguarda Ca' Granda" di Milano

### Sommario

Nel trapianto di organo, la donazione è il primo step di un percorso in cui gli specialisti della salute devono coniugare atti tecnici, organizzazione, risorse tecnologiche alla massima capacità di comunicazione e relazione.

L'attività di donazione e di trapianto va sostenuta e potenziata con interventi mirati a livello nazionale, regionale ed aziendale.

Per uno sviluppo ordinato del settore e per garantire la qualità degli interventi a costi contenuti, i nuovi orientamenti programmatici raccomandano di concentrare l'attività di trapianto in poche Aziende di riferimento a cui possano far capo realtà in cui si svolge cospicua e regolare attività di donazione. A livello aziendale, la Direzione Sanitaria svolge un ruolo propulsivo e di coordinamento dell'intero processo. Infatti la messa a punto di uno specifico

Programma per la definizione degli interventi programmatori ed organizzativi e l'individuazione delle responsabilità e dei ruoli degli attori coinvolti è la base di partenza per operare qualsiasi intervento di razionalizzazione del settore trapiantologico.

Qualora sussistano cospicui volumi di attività, l'attivazione di una struttura di Coordinamento in staff alla Direzione Sanitaria è l'elemento strategico in grado di consentire il superamento della parcellizzazione delle competenze per un corretto utilizzo dei principali fattori produttivi necessari alla realizzazione del Programma stesso.

**Pietro Caltagirone \***

**Alberto Zoli \*\***

**Maria Carla Bogni \*\*\***

*(\*) Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale Niguarda Ca' Granda" - Milano*

*(\*\*) Direttore Sanitario dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale Niguarda Ca' Granda" - Milano*

*(\*\*\*) Responsabile dell'Ufficio Prelievi e Trapianti di Organi e Tessuti dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale Niguarda Ca' Granda" - Milano*

Parole chiave: donazione, attività trapiantologica, programmazione, organizzazione, razionalizzazione.  
Key words: donation, transplant procedure, planning, organization, rationalization.

### Summary

*In the organ transplant activity donation is the first step of a procedure in which health-care workers have to combine technical gestures, organization, technological resources with the greatest proficiency in communication and information.*

*Organ donation and transplant activity have to be sustained and implemented with interventions that are to be directed to different levels: national, regional, local. The correct development of this procedure cannot be separated from a cost-containment policy. Recent recommendations suggest to concentrate organ transplant activities in a few referral hospitals that are able to guarantee a regular and substantial number of organ donations. At the hospital level the role of the managing-board is to support and coordinate the whole process. A detailed plan of interventions in terms of organizative and procedural items and the correct identification of roles and responsibilities of the several figures involved constitutes the fundamental step in the organization and rationalization of the transplant procedure. In case of high volume of activity, the activation of a specific structure with a dedicated staff that cooperates with the hospital managing-board may be strategic in solving the many problems that may derive from the fragmentation of competences in dealing with such a delicate and complicated procedure.*

### Un ruolo strategico

**"Sin donante ninguno trapiante"**, senza donatori non ci sono organi e senza organi non ci sono trapianti. Lo slogan, che viene dalla Spagna (quasi 34 donatori per

milione di abitanti, dato anno 2001), ripropone un'emergenza internazionale: il trapianto d'organi come terapia salvavita per numerosi pazienti affetti da gravi patologie in fase terminale si scontra con la carenza di organi. Questa è la princi-

pale limitazione allo sviluppo di questa procedura terapeutica il cui inizio è legato al gesto di generosità di qualcuno che dona.

**La donazione.** Questo è uno dei pochi momenti (forse l'unico) in cui i professionisti della salute devono coniugare atti tecnici, organizzazione e risorse tecnologiche alla massima capacità di relazione, alla comunicazione più difficile nella pratica clinica: la richiesta di donazione è stata infatti definita come "la domanda più difficile da porre nel momento peggiore alla più infelice delle famiglie".

A sostegno dell'attività trapiantologica, i diversi "Programmi" di intervento previsti sia a livello nazionale (bozza P.S.N. 2002-2004, L.91/99, etc.) che regionale e finalizzati al potenziamento della capacità di reperimento e di trapianto di organi e tessuti, si basano principalmente su:

- azioni per la diffusione della cultura della solidarietà
- la messa a punto di una buona struttura organizzativa e della relativa équipe di reperimento di organi e tessuti (**procurement**), così da garantire la qualità e la quantità dell'attività trapiantologica a costi contenuti.

**L'obiettivo è ridurre le liste dei pazienti in attesa di trapianto e far sì che questa pratica terapeutica sia sempre più presente nella quotidianità come una normale terapia.**

**L'attività di trapianto**, il più delle volte, viene considerata marginale ed aggiuntiva, rispetto alla normale routine, per diverse ragioni: sia per i costi elevati che non trovano sempre adeguata copertura nei D.R.G. corrispondenti (quando esistono) sia per la non programmabilità dell'attività stessa e l'enorme assorbimento di risorse (professionali e tecnologiche). In sostanza, il notevole impegno organizzativo, necessario per il raggiungimento di risultati soddisfacenti, deve essere concentrato in

Aziende di riferimento per l'attività di trapianto. Non è così per le attività di procurement che devono essere diffuse su tutto il territorio.

Una qualsiasi ipotesi realistica di riorganizzazione e sviluppo dell'attività di donazione, prelievo e trapianto di organi e tessuti è senza dubbio da ricercare per perseguire questo obiettivo e la **Direzione Sanitaria svolge un ruolo fondamentale per la sua realizzazione.**

### Aspetti programmatori e modelli organizzativi

A livello qualitativo l'attività di donazione e di trapianto di organi e tessuti in Italia ha raggiunto i Paesi con i più elevati standard di prestazione. Negli ultimi anni anche i livelli quantitativi sono migliorati, grazie agli interventi resi possibili dalla Legge 91/99 che, tra i diversi temi trattati, dedica ampio spazio agli aspetti strategici della nuova organizzazione del settore.

loro numero varia, in Italia, da Regione a Regione con punte di eccellenza (anche sopra la media europea) e punte più negative.

Nel nuovo modello della sanità italiana il trapianto è considerato attività ad alta intensità di conoscenze da collocarsi necessariamente in strutture sanitarie di Alta Specialità e di adeguata organizzazione per garantire una corretta gestione di una così elevata complessità del sistema necessario alla sua realizzazione. Le realtà sanitarie impegnate nel Programma di trapianto devono perseguire questo obiettivo con responsabilità manageriale dei professionisti preposti al governo delle strutture coinvolte a partire dall'Alta Direzione Aziendale (Direzione Sanitaria in primis). Per la programmazione dei Centri di Trapianto/Centri di riferimento occorre, principalmente, tenere conto degli elementi necessari per assicurare la qualità delle prestazioni ai costi più contenuti possibili.

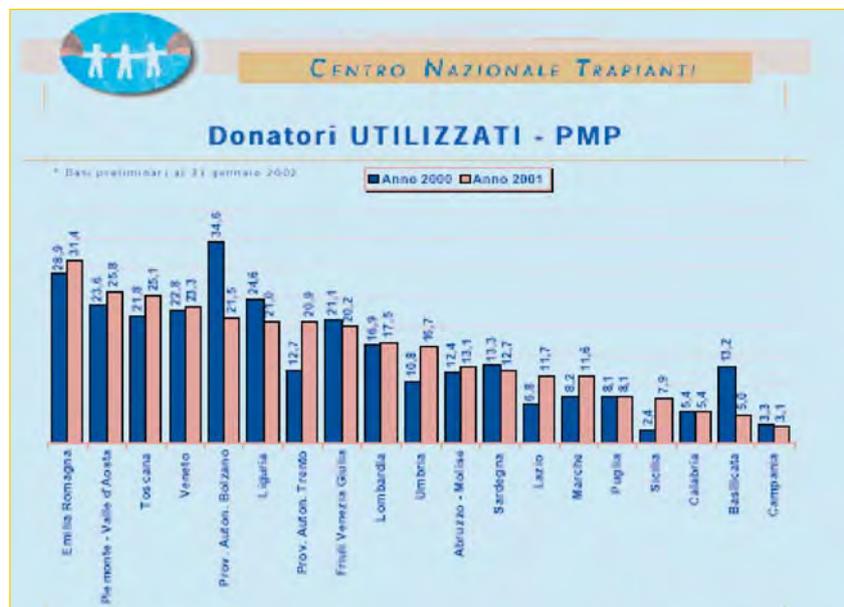


Grafico 1

Fonte: Centro Nazionale Trapianti

L'esperienza spagnola ha peraltro già ampiamente dimostrato come una buona organizzazione incida efficacemente sul numero dei prelievi e dei trapianti. Non si spiegherebbe altrimenti il fatto che il

La condizione fondamentale, infatti, per lo sviluppo ordinato del settore, con l'obiettivo di un rapido smaltimento delle liste di attesa e di un equo accesso alle prestazioni e con il fine di assicurare i trapianti della migliore qualità possibile, è comunque rappresentata dalla disponibilità del-

le risorse, vale a dire dal numero di organi procurati, oltre che dalla tipologia delle strutture sanitarie, dalla qualità, sicurezza ed economicità degli interventi (elementi legati principalmente alla massa critica di attività ed alla distribuzione territoriale) applicando anche in questo settore criteri di valutazione economica (break even point - B.E.P.).

Il rapporto ottimale tra numero dei Centri di Trapianto ed i bacini/aree di riferimento (espresso in milioni di abitanti) individua inoltre parametri diversi per ciascuna tipologia di trapianto e questo induce a considerare la corrispon-



\* Rapporto Centri Trapianto / bacini di riferimento (parametri derivanti dalla letteratura scientifica e dalle raccomandazioni del Consiglio Superiore di Sanità)

<input type="checkbox"/> Cuore	1 centro ogni 3.5 milioni di abitanti
<input type="checkbox"/> Polmone	1 centro ogni 4.5 milioni di abitanti
<input type="checkbox"/> Fegato	1 centro ogni 4 milioni di abitanti
<input type="checkbox"/> Rene	1 centro ogni 2.5 milioni di abitanti
<input type="checkbox"/> Pancreas	1 centro ogni 4 milioni di abitanti

Grafico 2

Fonte: Centro Nazionale Trapianti

dente potenzialità di possibili donatori oltre che prevedere una possibile distribuzione territoriale dei Centri di Trapianto stessi.

L'esito di un Programma di potenziamento delle attività trapiantologiche dipende soprattutto dall'efficienza e qualità di una organizzazione adeguata (in termini di outcome e di cost - effectiveness) in grado di consentire l'espletamento di un numero sufficiente di procedure/interventi, tali da garantire l'allineamento sui migliori standard qualitativi europei.

Questa garanzia deve essere salvaguardata per ogni fase del percorso assistenziale (prima, durante e dopo un trapianto d'organo) ed ogni Azienda sede di Centro di Trapianto deve rappresentare, per l'utente con grave insufficienza d'organo irreversibile, una struttura di riferimento.

Nasce così un modello organizzativo che coniuga l'esigenza pro-

grammatica del servizio sanitario a livello interregionale/regionale e la relativa offerta, con la domanda del cittadino/utente.

Un modello in grado di prevedere un numero di Centri di Trapianto adeguato a soddisfare i bisogni della popolazione avendo però riguardo dei beni disponibili: numero di donatori, risorse umane, strutturali e strumentali delle Aziende e della distribuzione geografica e demografica dei Centri già esistenti per potere rispettare criteri di qualità ed economicità (B.E.P.).

In particolare, l'assistenza deve essere distribuita su una "rete" basata su interconnessioni fra équipe multiprofessionali in cui la gestione delle relazioni (maglie) sia l'elemento programmatico rilevante. La modalità operativa della rete sarà conseguentemente "integrata" per sottolineare l'esigenza di una precisa azione di gover-

no contro i rischi di diluizione e dispersione delle attività (e delle responsabilità) enfatizzando le esigenze della gestione.

I modelli operativi di configurazione del sistema, secondo il concetto di rete, possono essere diversificati in base alla natura gerarchica delle relazioni funzionali fra i punti di produzione dei servizi, alcuni dei quali possono essere individuati come critici in quanto dotati di funzioni peculiari (Centri di Riferimento).

Infatti nella programmazione e distribuzione territoriale delle Alte Specialità, in cui rientra il sistema delle donazioni, prelievi e dei trapianti di organi e tessuti, si suole preferire un modello di "rete integrata dei servizi" che vede appunto l'organizzazione del servizio sanitario afferente alla medesima linea di produzione, caratterizzata dalla concentrazione dell'assistenza di maggiore complessità in centri di riferimento che ricevono pazienti da centri sottordinati di minore complessità, cui compete principalmente il compito della selezione e dell'invio di pazienti e/o dei beni disponibili al rispettivo centro di riferimento.

Se si accetta il modello **ne di-**

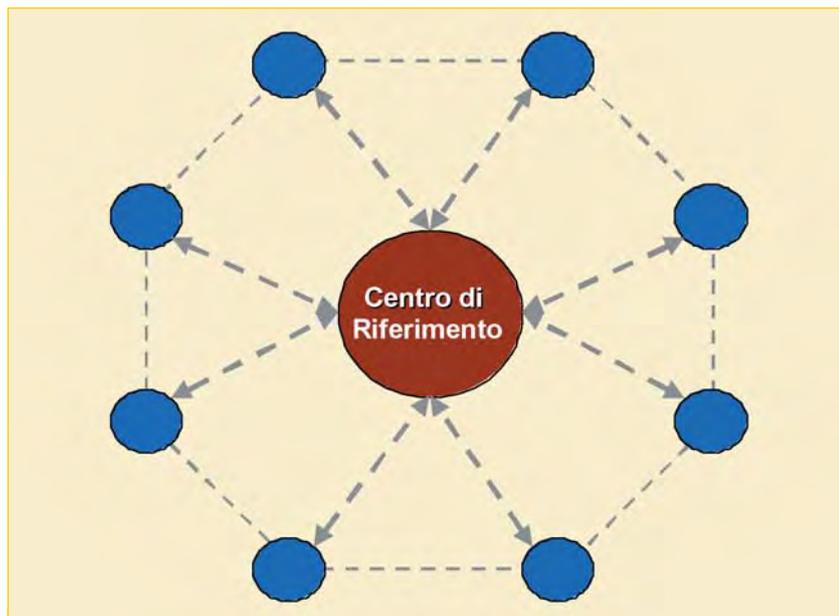


Figura 1 Relazioni tra un Centro di riferimento ed i centri periferici di competenza ed i relativi livelli differenti di complessità

**scende una scelta obbligata: l'attività trapiantologica deve essere concentrata in poche Strutture Sanitarie e Presidi (Centri di riferimento) in grado di svolgere tutte le attività di prelievo e di trapianti di organi e tessuti, garantendo adeguati volumi di attività per assicurare un buon livello di qualità oltre che un contenimento dei costi, a cui devono far capo realtà sanitarie che espletano solamente le attività di prelievo, in una logica di reale integrazione operativa.**

Il modello si regge solo a fronte di un riconoscimento economico appropriato (finanziamento a funzione - ai sensi dell'art. 8 sexies del D.L.gvo 229/91 - previsto anche nella bozza del P.S.N. 2002-2004) da corrispondere alle Aziende Sanitarie di riferimento per compensare il carico di lavoro aggiuntivo in ragione della complessità organizzativa del processo prelievo - trapianto (che arriva a coinvolgere, nelle donazioni-trapianti multiorgano, anche fino a 350 operatori!). Questa impostazione, laddove applicata, ha prodotto un in-

cremento significativo delle donazioni e conseguentemente dei trapianti. Alla organizzazione così impostata va riconosciuto un doppio merito e significato: quello di aver richiamato sulla problematica della donazione l'impegno politico ed organizzativo maggiore, incrementando il numero dei trapianti e di aver trasformato l'approccio alla donazione ed al trapianto degli organi, da iniziativa volontaristica in un atto professionale culminato anche nell'istituzione della figura del Coordinatore Locale (L. 91/99).

### La Direzione Sanitaria come motore del "Programma Donazione-Trapianti"

In un'Azienda sanitaria avviare o potenziare un "Programma Donazione-Trapianti" significa:

- investire sulle professionalità medico/chirurgiche ed infermieristiche, sia garantendone la corretta consistenza numerica, sia attuando i necessari programmi formativi imperniati sull'acquisizione di tecniche chirurgiche, sulla gestione del follow-up del trapianto, etc;
- assicurare la disponibilità delle attrezzature per le sale operatorie, le terapie intensive e per

il settore dell'immunologia.

Tale elencazione non è legata ad una successione temporale degli interventi da prevedere, bensì ad un approccio complessivo che esalta la qualità e la quantità di risorse umane e tecnologiche necessarie, senza alcuna priorità.

Il "Programma Donazione-Trapianti" va sostenuto con azioni finalizzate alla diffusa applicazione della normativa vigente quali ed esempio, sul versante della donazione, l'istituzione in tutte le strutture sanitarie (a cominciare dalle pubbliche) della Commissione per l'accertamento della morte (L. 578/93) e la nomina del Coordinatore Locale (L.91/99).

Inoltre è necessario prevedere un sufficiente numero di posti letto nell'ambito delle rianimazioni, neuroranimazioni e terapie intensive post - operatorie con adeguati organici di personale medico ed infermieristico e le indispensabili dotazioni strumentali.

E' evidente che solo a fronte di importanti investimenti si può sostenere un Programma "Donazione - Trapianti".

Anche nei Centri in cui l'attività è già fortemente consolidata sia sotto l'aspetto professionale (abilità clinico/strumentali), sia per le disponibilità di risorse tecnologiche, è necessario prevedere una decisa riorganizzazione di tutti i processi al fine di incrementare il numero delle donazioni e dei trapianti.

### In questo contesto la Direzione Sanitaria ricopre un ruolo propulsivo e di guida

Un compito che si concretizza in un'azione riorganizzativa e di coordinamento (attuata tramite una decisa attività di comunicazione interna all'Azienda) finalizzata innanzitutto a perseguire il migliore utilizzo delle risorse già disponibili e con l'intento di ricercare una forte interazione operativa tra gli attori coinvolti. La naturale conseguenza è il raggiungimento di livelli di performance soddisfacenti per l'intero sistema aziendale.

## “UN’ESPERIENZA”

L’Azienda Ospedaliera “Ospedale Niguarda Ca’ Granda”, con un’esperienza di oltre trent’anni nel settore trapiantistico, ha messo a punto un’azione di razionalizzazione e potenziamento delle attività di donazione, prelievo e trapianto di organi e tessuti che si intreccia fortemente con la riorganizzazione dell’emergenza sanitaria sia intra che extra - ospedaliera fino a sviluppare sinergie tra i due settori e divenire insieme un obiettivo aziendale prioritario. Una profonda revisione organizzativa ha posto la Direzione Sanitaria quale attore principale per il rilancio del settore attraverso la definizione di uno specifico “Programma aziendale”.

Senza mai perdere di vista l’unitarietà del sistema ospedaliero, il Programma focalizza gli interventi strategici, potenziando la capacità organizzativa aziendale, puntando sull’integrazione operativa e sullo sviluppo di un approccio multispecialistico, anche tramite la predisposizione di appositi strumenti (linee guida, protocolli, etc.) che consentono di concretizzare le indispensabili sinergie.

La novità del progetto è aver puntato sull’organizzazione, un elemento concreto e trasferibile in ogni realtà sanitaria ed utilizzato strategicamente in un settore solitamente ritenuto a sé e parzialmente avulso dal sistema aziendale in quanto spesso sostenuto da finanziamenti finalizzati.

Il ruolo della Direzione Sanitaria in caso di donazione, prelievo e trapianto di organi e tessuti prende spunto da tale esperienza ed, a nostro avviso, può essere trasposto, in ogni realtà aziendale di riferimento che sia inserita a sua volta in una rete regionale.

tenziamento delle attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti per il periodo 2000 - 2002 che ha trovato il consenso di tutti gli operatori coinvolti nel Programma.

E’ nato così il Comitato Trapianti aziendale coordinato dalla stessa Direzione Sanitaria tramite il suo ufficio di staff

Gli interventi programmatici sono stati elencati e formalizzati nel Programma stesso.

Gli interventi organizzativi sono strettamente legati ad interventi specifici (con attivazione di una specifica struttura di coordinamento in staff alla Direzione Sanitaria qualora sussistano cospicui volumi di attività come avviene in un’Azienda di riferimento) finalizzati al corretto utilizzo dei principali fattori produttivi presenti in ambito aziendale, al superamento dell’estrema parcellizzazione delle competenze professionali coinvolte e dei conflitti di competenza per conferire, quindi, concretezza al Programma.

## Le modalità operative

Occorre innanzitutto che l’Alta Direzione strategica definisca una progettualità complessiva (**Programma**) finalizzata al reale incremento della disponibilità di organi per il conseguente potenziamento dell’attività trapiantologica e che individui ruoli e responsabilità precisi, attraverso interventi programmatici ed organizzativi.

Il Programma, possibilmente realizzato in collaborazione con tutti i Direttori di Dipartimento, i Responsabili delle Strutture Complesse e Semplici direttamente coinvolti nelle attività di donazione, prelievo e trapianto ed il Servizio Infermieristico, rappresenta un potente strumento di comunicazione interna ed è il punto di partenza per operare qualsiasi intervento di razionalizzazione del settore, in quanto sottoscrive l’impegno dei professionisti coinvolti.

**Durante la stesura del Piano Strategico Aziendale (approvato dalla Giunta regionale) è stato messo a punto un documento programmatico sul po-**

Figura 2 Il tavolo del Comitato Trapianti Aziendale



## Gli attori principali

Le figure ed i gruppi maggiormente coinvolti nel Programma “Donazione – Trapianti”, sono i seguenti :

- Direttore Sanitario Aziendale;
- Responsabile della “Struttura di Coordinamento”. in staff alla Direzione Sanitaria
- Dirigente Medico di Presidio;
- Coordinatore Locale;
- Comitato Trapianti

Oltre a questi, va messa in risalto l'importanza del ruolo svolto dai Direttori di Dipartimento, dai Responsabili delle Strutture Complesse e Semplici, e dal personale infermieristico coinvolti nei vari processi / sottoprocessi dell'attività di prelievo e di trapianto e di quei professionisti che non assurgono alle luci della ribalta, ma che risultano indispensabili per una gestione efficace dell'intero processo, quali medici specialisti, psicologi, assistenti sociali etc.

Dopo aver evidenziato il ruolo svolto dalla Direzione Sanitaria aziendale, occorre ricordare che la **Direzione Medica di Presidio** interviene operativamente nel processo tramite:

- l'attivazione e la partecipazione

alla Commissione per l'accertamento della morte (ove tale funzione non sia stata delegata al Servizio di Medicina Legale, se esistente, o al Servizio di Anatomia Patologica)

- la collaborazione con la Direzione Sanitaria Aziendale per la promozione delle attività di donazione attraverso tutti gli strumenti necessari a questa attività

- la gestione delle azioni per l'intera attività trapiantologica

E' di fondamentale importanza che la Direzione Sanitaria in senso lato (aziendale e di Presidio) intervenga direttamente in tutte le attività che quotidianamente e trasversalmente si svolgono all'interno dell'Azienda.

Nella realtà dei fatti da un approccio monospecialistico, legato spesso alla professionalità delle singole équipe rianimatorie, si deve pervenire ad azioni coordinate ed efficaci che permettono di non perdere nessun potenziale donatore né, in generale, di tralasciare alcun dettaglio nell'azione di reperimento di organi e tessuti. Tale obiettivo deve essere perseguito anche ricercando una collaborazione/integrazione con altri spe-

cialisti dell'Azienda per attivare, sempre, la Commissione in tutti i casi di decesso per lesioni cerebrali. A ciò deve seguire anche il coordinamento di tutta l'attività trapiantologica.

**Il Coordinatore Locale** alle donazioni (art. 12 della L. 91/99), scelto tra medici con esperienza nel settore dei trapianti ed addestrato con opportuni corsi di formazione, è il responsabile dell'intero programma della donazione di organi e tessuti e, nella figura dell'anestesista – rianimatore, trova spesso il migliore interprete. Un'osservazione: se da un lato i compiti sono puntualmente definiti dalla L. 91/99, resta incerta la sua collocazione all'interno della gerarchia aziendale. Indipendentemente dai ruoli formalmente assegnati nell'organizzazione (Medico di Direzione Sanitaria, Anestesista-Rianimatore, etc.), si ritiene che il professionista dedicato al “procurement”, debba dipendere gerarchicamente dalla Direzione Sanitaria Aziendale, a cui fanno capo le competenze dell'intero “Programma Donazione – Trapianti”. Questa affermazione, apparentemente retorica, è invece di fondamentale importanza e si traduce anche in un “peso politico” della Direzione Sanitaria nel contesto regionale e nell'articolazione territoriale della rete per evitare il collegamento diretto tra il livello regionale ed il Coordinatore Locale che avrebbe ben pochi spazi di autonomia e di potere decisionale se non fosse, a sua volta, direttamente supportato e rappresentato dall'Alta Direzione Aziendale (Direzione Sanitaria Aziendale).

Nelle Aziende Centri di riferimento è inoltre prevista la presenza di una Struttura di Coordinamento.

## La Struttura di Coordinamento

Il “Programma Donazione -Trapianti” può comprendere anche l'istituzione, qualora se ne ravvisi la necessità e sussistano le condi-

Figura 3 Il Core strategico e di coordinamento per il Programma Donazione -Trapianti



zioni ed i volumi di attività sufficienti, di una specifica struttura operativa (Struttura di Coordinamento) in staff alla Direzione Sanitaria in grado di assicurare:

- il superamento dei conflitti di competenza e le duplicazioni di ruoli tra gli stessi attori coinvolti
- l'unitarietà degli interventi
- la stesura di protocolli dei percorsi assistenziali in ordine alle relative aree di intervento (organi addominali, organi toracici, tessuti, etc.)
- un notevole contributo al corretto utilizzo dei principali fattori produttivi necessari per la realizzazione di quanto contenuto nel "Programma".

Tale struttura rappresenta, inoltre, l'attuazione di un importante progetto culturale ed organizzativo finalizzato:

- al superamento della parcellizzazione degli interventi sanitari che, derivati dal moltiplicarsi nel tempo delle specializzazioni già presenti nel settore trapiantistico, rischiano di perdere di vista l'unitarietà dell'intervento sanitario;
- a perseguire realmente l'integrazione e lo sviluppo della pluridisciplinarietà e dell'approccio multispecialistico nel processo clinico - assistenziale;
- alla promozione di una metodologia ispirata al lavoro di gruppo, alla valorizzazione dei singoli, alla ricerca di sinergie ed alla gestione coordinata ed efficiente delle risorse disponibili.

La finalità ultima resta ovviamente il miglioramento della qualità assistenziale, attraverso azioni tendenti a promuovere:

- la soddisfazione dei pazienti e degli operatori
- l'efficacia clinica
- la continuità del processo assistenziale nella donazione e nel trapianto sia da cadavere che da vivente
- l'attenzione specifica alla corretta gestione delle risorse e all'efficienza organizzativa.

L'attivazione della Struttura di

Coordinamento dell'attività di prelievo e di trapianto è uno strumento per meglio gestire la molteplicità degli elementi che intervengono nel processo delle realtà sanitarie in cui si svolge l'attività di donazione, prelievo e trapianto.

Tale Struttura rappresenta, innanzitutto, il supporto concreto alle Strutture Complesse e Semplici dell'Azienda Sanitaria impegnate nelle attività di donazione, prelievo e trapianto per la soluzione di problematiche giuridiche, organizzative, gestionali che possano ostacolare lo svolgersi dell'attività stessa. In particolare deve far fronte autonomamente a tutti gli aspetti amministrativi e giuridici che ne discendono, anche rapportandosi con tutti i settori dell'Azienda (Servizio Infermieristico, Servizi Amministrativi, Programmazione e Controllo di Gestione, Ufficio Qualità, etc.). Non ultima, una particolare relazione per la soluzione di ogni problematica gestionale, deve essere garantita con il Dirigente Medico di Presidio (D.M.P.).

Deve inoltre:

- curare, in collaborazione con il Coordinatore Locale e gli appositi Uffici aziendali, iniziative formative (seminari di studio) dedicate a tutto il personale medico ed assistenziale delle Strutture Complesse coinvolte nel processo
- dare attuazione alle disposizioni contenute nella legge 91/99 "sulla manifestazione di volontà dei cittadini" con l'istituzione di un punto di raccolta e la collaborazione con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) aziendale, per la diffusione delle informazioni (correlandosi con il Coordinatore Locale)
- provvedere al coordinamento delle diverse fasi e di tutti gli attori coinvolti nel delicato processo che va dalla donazione al trapianto multiorgano (prevedendo anche modalità di reperibilità 365 gg all'anno)
- promuovere con il Coordinatore Locale campagne di sensibi-

lizzazione ricercando anche la collaborazione delle Associazioni di Volontariato e delle Associazioni dei Pazienti

- valorizzare, in collaborazione con il Coordinatore Locale, il Programma Donazione - Trapianto, attraverso una puntuale informazione interna ed esterna sull'attività svolta

Compito specifico di tale Struttura è operare un'azione di monitoraggio sul settore, garantendo le stesse funzioni già svolte all'interno dell'Azienda anche con:

- il Ministero della Salute /Regione, per le problematiche relative alle autorizzazioni ministeriali e/o per il rinnovo delle stesse;
- il Centro Nazionale Trapianti (liste di attesa, applicazione di protocolli, Carta dei Servizi per i pazienti in attesa di trapianto, rilevazione dei dati di attività, promozione della cultura della solidarietà);
- le Organizzazioni Interregionali/Centro Interregionale di Riferimento (l'esecuzione dei test immunologici, l'assegnazione degli organi, la trasmissione dei dati dei pazienti in lista di attesa, l'applicazione di protocolli)
- l'Assessorato regionale alla Sanità per i relativi flussi informativi e finanziari, etc.

\* *La responsabilità di tale coordinamento deve essere affidata a un dirigente che abbia maturato una vasta esperienza nel settore e, possibilmente, in possesso di requisiti specifici (diploma Transplant Procurement Management T.P.M. nazionale/europeo); partecipazione continua ad attività di Gruppi di Lavoro del Centro Interregionale/regionale di Riferimento; partecipazione a Corsi, Seminari, Congressi etc. inerenti la materia (anche in qualità di docente).*

## Preparare e condurre il Comitato Trapianti

L'attivazione di un "Comitato Trapianti" (organismo tecnico per la gestione delle problematiche relative all'attività di donazione, pre-

lievo e trapianto di organi e tessuti) e di apposite sottocommissioni per la predisposizione di ulteriori strumenti (protocolli organizzativi, carta dei servizi per i pazienti in attesa di trapianto, etc.) sono ulteriori esempi del principio dell'approccio multidisciplinare già descritto.

La numerosità dei partecipanti è strettamente legata alla complessità organizzativa dell'Azienda, a sua volta subordinata alla capacità "produttiva" in ambito trapiantologico. Un esempio di composizione di tale Comitato è dato dalla presenza delle seguenti figure specialistiche:

- Direttore Sanitario aziendale
- Dirigente Medico di Presidio
- Coordinatore Locale
- Direttori di Dipartimento dei dipartimenti sanitari coinvolti nell'attività del Programma
- Responsabile di Strutture Complesse e Semplici
- Psicologi
- Responsabile della Struttura di Coordinamento dell'Attività Trapiantologica con funzione di coordinamento del Comitato stesso insieme al Direttore Sanitario d'Azienda.

Qualora non sussistano le condizioni ed i volumi di attività che giustificano l'attivazione di una Struttura di Coordinamento appositamente dedicata (nelle realtà in cui si svolge prevalentemente attività di procurement), occorre ricondurre la responsabilità e l'operatività alla Direzione Sanitaria aziendale e/o alla Direzione medica di Presidio. La Direzione Sanitaria in senso lato, aziendale e di presidio, può, a sua volta, individuare tra i clinici alcuni punti di riferimento in grado di svolgere tali funzioni ovviamente sotto la responsabilità della Direzione Sanitaria e ferme restando le competenze del Coordinatore Locale.

## Alcune problematiche aperte

Ultimamente con i sistemi di re-

La formale costituzione ed attivazione, presso gli Ospedali Riuniti di Bergamo, di un autentico "dipartimento pubblico - privato" di Immunologia Clinica dei Trapianti, con la partecipazione organica dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche (Istituto Mario Negri), in grado di sviluppare e trasferire direttamente nell'ambito clinico, programmi innovativi per la modulazione della terapia antirigetto.

### "UN ESEMPIO"

golazione e di sviluppo delle attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti, si tende sempre più alla gestione in proprio di tutto il processo (donazione e trapianto) nell'ambito della medesima Azienda, con livelli di produttività direttamente collegati alle capacità di reperimento interno.

Per evitare che questa tendenza conduca ad una sorta di concorrenza poco virtuale tra le Aziende che hanno individuato come strategie tali attività, si auspica che gli stessi organismi a livello nazionale (Ministero della Salute, Centro Nazionale Trapianti, etc.) ed ancor più a livello regionale, operino per l'individuazione di poli di riferimento in cui concentrare gli organi procurati, sulla base di una decisa ed organizzata azione di sviluppo capillare su tutto il territorio delle attività di donazione e prelievo. Con il rilancio di tali attività e con la riorganizzazione del settore, tutte le Aziende Sanitarie, sotto il coordinamento delle rispettive Regioni dovrebbero essere in grado di dare un notevole impulso al Programma, in particolare per l'aspetto del "procurement".

Se ciò non si realizzasse, dal momento che le donazioni possono aumentare prevalentemente in funzione di una migliore organizzazione finalizzata al reperimento di organi, si potrebbe ricorrere alla creazione di una rete di Presidi ospedalieri e di Aziende Sanitarie (appunto per il procurement) anche attraverso accordi interaziendali finalizzati alla messa in rete dei rispettivi ospedali per un obiettivo comune: aumentare il numero dei prelievi e conseguentemente dei trapianti. Lo strumento atto a realizzare concretamente gli accordi

interaziendali prospettati, e a promuovere la diffusione di una cultura condivisa dell'attività di trapianto d'organi e tessuti, potrebbe coincidere con l'istituzione di un vero e proprio "Dipartimento dei Trapianti", a valenza trasversale interaziendale.

Naturalmente la strutturazione di un "Dipartimento dei Trapianti" deve prevedere la partecipazione dei diversi erogatori delle prestazioni sanitarie nell'area territoriale di riferimento, sia pubblici, sia privati accreditati. Deve aprire, inoltre, la prospettiva alla collaborazione con associazioni culturali e di volontariato e con istituzioni pubbliche e/o private dedicate alla ricerca clinica e farmacologica.

Occorre osservare infine che una puntuale rilevazione dei costi sostenuti dalle Aziende impegnate in un "Programma Donazione-Trapianti", una loro standardizzazione ed una conseguente quantificazione degli oneri, devono trovare corrispondenza in una remunerazione/finanziamento di tali attività in grado di coprire almeno i costi sostenuti per un così alto e strategico servizio nei confronti della collettività. In carenza di una reale quantificazione e standardizzazione dei costi occorrerà invece sostenere le attività di donazione e di trapianto tramite appositi **finanziamenti finalizzati e/o a funzione**.

## Conclusioni

In un'organizzazione per processi come quella alla base della realizzazione di un "Programma Donazione-Trapianti", la Direzione Sanitaria ricopre dunque un ruolo strategico.

## “LA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE IN AMBITO TRAPIANTOLOGICO”

L'Alta Direzione dell'Azienda

da Ospedaliera Ospedale Niguarda Ca' Granda ha messo a punto un Piano Aziendale (documento programmatico di valenza strategica approvato dalla Giunta regionale) il cui contenuto è divenuto punto di riferimento per tutti gli operatori dell'Azienda, in quanto definisce gli obiettivi per il breve e medio periodo.

Ogni anno in relazione agli aggiustamenti dovuti all'evolversi delle attività, tenuto conto del Piano stesso e delle direttive regionali, l'Alta Direzione Aziendale negozia il budget con i responsabili delle singole Strutture Complesse componenti i rispettivi dipartimenti (o con i responsabili dei Dipartimenti), legando il raggiungimento degli obiettivi concordati allo stipendio di risultato dei sanitari impegnati nella realizzazione del “Programma”.

Ciò conduce ad un coinvolgimento fattivo e ad una responsabilizzazione anche economica di tutti gli attori appartenenti alle diverse Strutture Complesse impegnati trasversalmente per il raggiungimento di un obiettivo “strategico” (Programma Donazione – Trapianti).

Far coincidere gli obiettivi della negoziazione di budget con quelli da perseguire per il riconoscimento della quota variabile dello stipendio dei dirigenti, individuare tutte le Strutture che intervengono trasversalmente nella realizzazione del Programma, significa garantire la priorità degli interventi definita dall'Alta Direzione Aziendale.

Si pone infatti come entità trasversale che garantisce la promozione e il coordinamento di tutte le attività. Un'organizzazione sovraordinata e di riferimento che opera secondo modelli di network basati su accordi aziendali (ed interaziendali). La volontà di sviluppare e riorganizzare un'attività che non è remunerativa potrebbe sembrare anacronistica e non in linea con la cultura “economicistica” attualmente dominante, ma l'ipotesi avanzata di riorganizzazione dell'attività di donazione, prelievo e trapianto di organi e tessuti è concreta e praticabile. Vuole essere una risposta efficace ed efficiente a un'emergenza nazionale e internazionale: la carenza di organi a fronte alle numerose liste di pazienti affetti da gravi patologie d'organo in fase terminale, dove il trapianto rappresenta l'unica terapia oggi possibile ed una garanzia per il corretto utilizzo delle risorse disponibili.

### Cenni Bibliografici

1. Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128:

“Ordinamento interno dei servizi ospedalieri”.

2. M. Meneguzzo, F. Zavattaro, M. Mazzoleni, E. Borgonovi: “La programmazione ed il controllo nelle strutture sanitarie” McGraw-Hill Libri Italia srl, Milano, 1988.

3. Legge 13 luglio 1990, n. 198: “Disposizioni sul prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico”.

4. G. Rebora, M. Meneguzzo: “Strategia delle amministrazioni pubbliche” U.T.E.T. 1990

5. H. Mintzberg: “Management mito e realtà”, Garzanti Editore, 1991.

6. D.P.R. 27 marzo 1992 “Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza”.

7. D.Lgs. 30 dicembre 1992, n° 502: “Riordino della disciplina in materia sanitaria ai sensi dell'art. 1 della L. n° 421 del 23 ottobre '92”.

8. D.Lgs. 7 dicembre 1993, n° 517: “Modificazioni del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n° 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della

legge 23 ottobre 1992, n° 421”.

9. Legge 12 agosto 1993, n. 301 “Norme in materia di prelievi e innesti di cornea”.

10. Legge 29 dicembre 1993, n° 578 “Norme per l'accertamento e certificazione di morte”.

11. Ministero della Sanità: “Atto di intesa tra Stato e regioni per la definizione del piano sanitario nazionale relativo al triennio 1994-1996”.

12. Ministero della Sanità – Decreto 18 marzo 1994: “Attribuzione al Centro nazionale di riferimento per i trapianti della funzione di coordinamento operativo nazionale della attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti”.

13. Ministero della Sanità, Decreto 22 agosto 1994, n° 582 “Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte”.

14. Decreto del Presidente della Repubblica 9 novembre 1994, n. 694: “Regolamento recante norme sulla semplificazione del procedimento di autorizzazione dei trapianti”.

15. Circolare del Ministero della Sanità n° 1 del 1995: “Linee guida sulle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera”.

16. D.P.C.M. 19 maggio 1995: “Prima individuazione dei settori di erogazione dei servizi pubblici ai fini dell'emanazione degli schemi generali di riferimento di Carte dei servizi pubblici”.

17. Manyalich M, Cabres C, Garcia – Fages L Sanchez J, Valero R, Salvador L. Training the transplant procurement management (TPM) coordinator. In: Touraine J, et al editors. Organ Shotage: The Solutions, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1995: 191 – 195.

18. M. Zanetti, U. Montaguti, G. Ricciarelli, D. Celin, G. Pieroni, E. Casadio, B. Curcio Rubertini, A. Zappi, “Il medico e il management”, Arbe Industrie Grafiche, Modena, 1996.

19. G.Ottone: “Pronto Soccorso - Servizi di Emergenza – 118” Cen-

tro Scientifico Editore, 1996.

20. Ministero della Sanità: *Linee guida*, n° 1/96: "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 marzo 1992".

21. D.P.C.M. 12 settembre 1996: "Contratto dell'area della dirigenza medica e veterinaria del comparto sanità".

22. Manyalich M, Cabres C, Sanchez J, Valero R, Lopez - Coll S, Paredes D. *Expanded donor pool: In JL Touraine, et al (eds.) Organ Allocation*, 147 - 166, 1998 Kluwer Academic Publishers, Geat Britain.

23. DPR 23 luglio 1998 - Approvazione Piano Sanitario Nazionale triennio 1998-2000.

24. Beasley CL, Capossela CL, Brigham LE, Gunderson S, et al. *The impact of a comprehensive hospital-focused intervention to increase donation. Journal of Transplant Coordinatio*, 1997; 7: 6-13.

25. "La contabilità industriale" Applicata al Centro per il trapianto di fegato dell'Ospedale Maggiore di Milano, Centro Trasfusionale - Ospedale Maggiore Policlinico di Milano Editore, Milano 1998.

26. *Una decisione condivisa "La Donazione di Organi e Tessuti"*, Capitolo 8 "Le procedure organizzative per il prelievo di organi" Centro Trasfusionale Ospedale Maggiore Policlinico di Milano Editore, 1999.

27. Legge 1 aprile 1999, n° 91 "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti".

28. Legge 16 dicembre 1999, n° 483 "Norme per consentire il trapianto parziale di fegato".

29. "Il costo del trapianto d'organo", F.I.T.O. Azienda Ospedaliera Universitaria Padova, ottobre 99.

30. Piano Sanitario Regione Emilia Romagna triennio 1999/2001 - Patto di solidarietà per la salute in Emilia Romagna.

31. Decreto Ministero della Sanità 1° marzo 2000: "Adozione del pro-

getto relativo al Piano nazionale sangue e plasma per il triennio 1999-2001".

32. Ministero della Sanità, Decreto 8 Aprile 2000 "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti, attuativo delle prescrizioni relative alla dichiarazione di volontà dei cittadini sulla donazione di organi a scopo di trapianto".

33. Nord Italia Transplant, *La Richiesta di Donazione di Organi. Questionario d'indagine sugli atteggiamenti rilevati nella relazione fra i Medici delle Terapie Intensive della Lombardia ed i Familiari dei potenziali donatori, dopo la consegna della tessera "una scelta condivisa"*, maggio 2000.

34. Quaderni di documentazione 4: *Normativa italiana sul prelievo e sul trapianto di organi e tessuti, pubblicazione promossa dal Consiglio Nazionale dell'AIDO (a cura di V. Passarelli), Pacini Editore S.p.A., Ospedaletto (Pisa), luglio 2000.*

35. Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica: "Contratto collettivo nazionale di lavoro quadriennio 1998-2001 dell'area relativa alla dirigenza medica e veterinaria del Servizio sanitario nazionale" in G.U. n° 117 del 22/07/2000.

36. Decreto Legislativo 28 luglio 2000, n° 254: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n° 299, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

37. F. Pesaresi, *I Dipartimenti Ospedalieri*, Edizioni ASI, Dicembre 2000.

38. F. Procaccio, A. Ghirardini, A. Nanni Costa, L. Ridolfi, F. Petrini, G. Martinelli, D. Paredes, C. Cabrer, M. Manyalich, *Manuale del Corso Nazionale per coordinatori alla donazione e prelievo di organi*, III edizione, Editrice Compositori, Bologna, 2000.

39. G. Battarino, *Responsabilità Penale in Emergenza Sanitaria*, pag. 371-372 "Osservatorio sui Comi-

tati etici di un caso di trapianto di fegato all'Ospedale Niguarda di Milano", Ed. Sorbona, Napoli, 2001.

40. *Bioetica Rivista Interdisciplinare*, Osservatorio sui Comitati etici "Di un caso di trapianto di fegato all'Ospedale Niguarda di Milano" (pag. 371- 372), giugno 2001 Anno IX, Edizione Zadig

41. *Tendenze nuove*, pagg. 20-25 "Il costo del trapianto d'organo - Risultati di uno studio condotto presso l'Azienda Ospedaliera di Padova (C. Tumiatti, C. Bezzon, F. Guasti, M. Franchin)", Fondazione Smith Kline, marzo/aprile 2001.

42. Supplemento a "Il Sole 24 ORE Sanità" 8/14 maggio 2001, Premio alla qualità nei servizi sanitari 2001, Progetti vincitori, A.O. Niguarda Ca' Granda Milano (2° ex aequo): "Le attività di prelievo e trapianto come leva strategica della programmazione e riorganizzazione aziendale".

43. S. Venettoni, 1° Seminario di Aggiornamento TPM, Bologna 27-29 giugno 2001, *Prelievo e Trapianto di Organi e Tessuti: "Il Ruolo del Coordinatore"*.

44. *Deliberazione Giunta Regionale 2 luglio 2001 - n° 7/5355 "Autorizzazioni ad espletare i trapianti di organi da cadavere ai sensi dell'art. 16 della legge 1° aprile 1999 - n° 91, recante disposizioni in materia di prelievi e di trapianti"*.

45. R. Garozzo, Centro Interregionale di Riferimento NITp, "Donazione di organi: ricerca sulla relazione medici-familiari dei potenziali donatori" (analisi delle variabili organizzative e culturali che influenzano l'attività di reparto, campione relativo a 40 reparti di Rianimazione della Lombardia ottobre 2000 - gennaio 2001), settembre 2001.

46. *Newsletter Transplant "Documents and Recommendations produced by the Committee 1990 - 2000 - Meeting the organ shortage: current situation and strategies for improvement"* (pag. 26- 41) september 2001, vol.6. n.1 - *Fundacion Renal*

# L'evoluzione continua.



Nuovi spazi, nuovi orizzonti.

Oggi e domani, una soluzione efficace a ogni problema di gestione ambientale.

**Pulizie civili**

**Pulizie e sanificazioni ospedaliere**

**Pulizie industriali**

**Pulizie tecniche**

**Manutenzione e gestione magazzini**

**Raccolta, selezione e trasporto rifiuti urbani, assimilabili e speciali**



**una leadership torinese**  
la risposta tutta italiana nel settore dei servizi



**SINCERT**

[CERTO]

di VIA/C

dal 01/01/1992

[CERTO]

di AISE 26

dal 01/01/1997

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

Tel. 011 9552500 r.p. - Fax 011 9571077 - E-mail: info@palmar.net - www.palmar.net

Ufficio: Centro Fiere Lingotto - Via Nizza, 294 - 10126 Torino - Tel. 011 8644266 - Fax 011 8634642

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

Filiale di Cetrucolo: Via Cassino Sud, 126 - 02020 Cetrucolo (FR) - Tel. 0776 79349-402400 - Fax 0776 403166-79348



# AMUCHINA

Specialista nella disinfezione

Da oltre cinquant'anni Amuchina è sinonimo di disinfezione.

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

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

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

I risultati?

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

E oggi, il Gruppo Angelini garantisce Amuchina.

Perché igiene e disinfezione non sono un'opinione.



Angelini

A.C.R.A.P. s.p.a. - Via Vecchio del Pozzo, 12  
00190 Ancona - Tel. 071 80 81

## Qualità e tutela ambientale negli ospedali

### Riassunto

La qualità dell'ambiente ospedaliero è paragonabile ad un mosaico, i cui pezzi devono essere cercati in vari settori e che devono combinarsi ed integrarsi perfettamente. Per la soddisfazione dei bisogni dell'utente e dell'operatore, occorre curare gli aspetti più vari: quelli classici, come funzionalità, sicurezza e comfort ambientali, ma anche nuovi, basati sul principio della centralità delle esigenze dell'Uomo.

### Summary

*The quality of hospital environment can be compared to a mosaic, whose pieces must be found in different sectors and have to be perfectly integrated.*

*In order to satisfy the users requests, it is necessary to take care of different aspects: the classic ones, such as functionality, safety and comfort of the environment, but also more recent ones based on the principles of centralisation of men's needs.*

**M**ai come oggi nel nostro Paese, anche se in ritardo rispetto ad altri, è tema di costante argomentazione, in ogni campo, la qualità: qualità delle tecnologie, dei materiali, dei servizi, delle offerte, delle prestazioni.

Sicuramente anche in passato, forse allora più per una scelta individuale che per una pianificazione aziendale ed anche se il termine qualità non era oggetto dell'attenzione di cui gode oggi, si cercava di offrire e si offrivano prodotti, per usare un termine onnicomprensivo, di qualità.

E' sicuramente illusorio pensare al raggiungimento di una qualità assoluta ed in tutti i campi, ma mirarvi può servire ad ottenere almeno una qualità di livello soddisfacente, nel più alto numero possibile di settori. E' un risultato, questo, raggiungibile con l'impegno costante dei singoli e di tutti, anche a piccoli passi, senza necessariamente pretendere sempre successi clamorosi e subitanei.

Per l'ottenimento di un buon prodotto, oltre alla disponibilità di buone premesse, è necessario inevi-

tabilmente e sempre il contributo dell'Uomo, variabile, questa, del tutto imprevedibile.

E' per tale motivo che, per mirare alla qualità o ad una qualità di livello sempre maggiore, è importante puntare anche sulla sensibilizzazione delle singole persone, facendo dell'obiettivo qualità oggetto di motivato interesse.

Quanto esposto vale anche per la qualità dell'ambiente in ospedale.

Sia gli operatori sanitari che svolgono la loro attività all'interno dell'ospedale come i pazienti in esso ricoverati condividono fondamentalmente lo stesso ambiente; mirare alla qualità dell'ambiente ospedaliero significa quindi mirare al miglioramento di quello che per gli uni rappresenta il luogo di lavoro, con tutto ciò che a questo consegue, ad esempio in tema di sicurezza e di benessere lavorativo, anche psicologico, mentre per gli altri è un luogo di soggiorno, più o meno prolungato, più o meno drammatico e in condizioni del tutto particolari. E' quanto mai importante e necessario garantire il massimo impegno per assicurare un ambiente che, dal punto di vista sia fisico che psicologico, sia per tutti il migliore possibile con le risorse disponibili.

L'ambiente ospedaliero risulta dalla somma di diverse componenti, rappresentate essenzialmente da:

- struttura e caratteristiche edilizie, compresa la scelta dei materiali da costruzione
- arredi
- illuminazione
- rumore
- aria, intendendo sia quella degli ambienti confinati che quella del-

### M. Bombonato

*Direzione medica ospedaliera, Azienda sanitaria di Bolzano*

Parole chiave: qualità dell'ambiente ospedaliero, coinvolgimento umano, arredamento, collegamento con l'ambiente esterno, rumore.

Key words: quality of hospital environment, human involvement, details of furnishing, links to outside areas, noise.

le zone di viabilità dell'ospedale e di quella dell'ambiente urbano che accoglie la struttura ospedaliera.

- altre caratteristiche microclimatiche, come umidità e temperatura
- condizioni di igiene
- condizioni di sicurezza.

Ottenere una buona qualità dell'ambiente in ospedale significa raggiungere il soddisfacimento di bisogni fondamentali dell'Uomo, con conseguente ripercussione sul benessere, sia fisico che psicologico e sulla sicurezza dei dipendenti e dei pazienti. Infatti, la qualità di un ospedale non si misura soltanto con il livello della prestazione medica, dell'organizzazione e delle relazioni personali, ma anche con il livello qualitativo dell'ambiente fisico, risultato delle azioni sulle componenti ambientali sopra elencate. Sia nel caso di nuove costruzioni, come di semplici ristrutturazioni, si deve considerare che, per ottenere soddisfacenti livelli di comfort ambientale e di sicurezza, è importante già la scelta dei particolari costruttivi, strutturali, architettonici, tecnici e di arredamento, anche apparentemente insignificanti, che concorrono a rendere l'ambiente ospedaliero più simile, e quindi vicino, a quello domestico, con indubbia influenza benefica, almeno psicologicamente, sui pazienti. In ospedali esteri, per fare un esempio, viene fatto largo uso del legno, materiale, questo, che indubbiamente suscita una sensazione di calore e di intimità.

Molto si è detto su quelle che sono le determinanti classiche dell'ambiente ospedaliero: ad esempio, struttura, materiali edilizi, microclima, illuminazione.

Tra gli aspetti certamente più trascurati, soprattutto in Italia, è l'uso del colore negli ambienti ospedalieri e l'influenza che esso può avere, sia sui dipendenti che sui pazienti.

La cultura cromoergonomica, oggetto dello studio di medici, architetti e psicologi e diffusa soprat-

**LA SCELTA DI UN COLORE ANZICHÉ DI UN ALTRO DOVREBBE TENERE CONTO ANCHE DEL TIPO DI PATOLOGIA E DELL'ETÀ DEL PAZIENTE; ECCO PERCHÉ, AD ESEMPIO, SECONDO L'ESPERIENZA DI COLORO CHE APPLICANO LA CROMOTERAPIA, MENTRE IN UN REPARTO DI PEDIATRIA SARANNO INDICATI COLORI VIVACI, IN UN REPARTO DI GERIATRIA LO SARANNO COLORI DAI TONI CALDI ED IN UN REPARTO DI OCULISTICA SAREBBERO DA SCEGLIERE L'ARANCIONE E L'AZZURRO.**

tutto nel Nord America e nel Nord Europa, dà molta importanza ai colori, e quindi al cromoambiente, che si sostituisce a quello che è stato definito "il mare bianco glaciale che domina negli ospedali". Secondo tale orientamento di pensiero, i colori rappresentano uno strumento per superare alcuni stress, predisponendo quindi meglio i pazienti alla guarigione e migliorando il clima di lavoro. E' sicuramente anche in quest'ottica che, nell'Academic Medical Center (A.M.C.) dell'Università di Amsterdam, già anni fa si è deciso di devolvere il 5% del fatturato annuo nell'acquisto, con la consulenza del direttore del museo Van Gogh, di opere d'arte da esporre nella struttura sanitaria, la quale vanta ormai un patrimonio artistico, soggetto anche a rinnovamento per scambi commerciali, degno di un museo.

Nonostante la cultura cromoergonomica appaia estremamente innovativa, essa non è altro che una riscoperta di ciò che già popolazioni antiche praticavano: seimila anni fa, gli egizi curavano con i colori; gli Asclepiadi, medici greci, ponevano i malati, accolti nei santuari, nei punti più favorevoli per consentire loro di godere dei colori del paesaggio, mentre ricevevano anche stimoli uditivi, attraverso l'ascolto di melodie; ancora, sem-

bra che, ad esempio, il quattrocentesco ciclo di affreschi di Domenico di Bartolo della sala del Pellegrinaio nello Spedale di Santa Maria della Scala, a Siena, non avesse finalità puramente artistiche, bensì lo scopo di conferire ai locali più luce ed armonia, così che i ricoverati potessero trarne conforto.

Anche artisti come Wagner e Goethe erano convinti dell'influenza dei colori sullo spirito, tanto che Goethe giunse a dire: "I colori agiscono sull'anima suscitando sensazioni, risvegliando emozioni e pensieri che ci distendono o ci agitano, che provocano gioia o tristezza".

La scelta di un colore è generalmente condizionata dalla propria cultura e dal proprio senso estetici. In un ambiente ospedaliero, però, tale scelta non può essere lasciata al caso, né indiscriminato può essere l'uso dei colori, per la scelta dei quali devono essere seguiti precisi criteri, contravvenendo ai quali c'è il rischio di non raggiungere gli obiettivi prefissati, basati sull'associazione tra un determinato colore e una determinata sensazione che si vuole suscitare.

La scelta di un colore anziché di un altro dovrebbe tenere conto anche del tipo di patologia e dell'età del paziente; ecco perché, ad esempio, secondo l'esperienza di coloro che applicano la cromoterapia, mentre in un reparto di pediatria saranno indicati colori vivaci, in un reparto di geriatria lo saranno colori dai toni caldi ed in un reparto di oculistica sarebbero da scegliere l'arancione e l'azzurro.

Si dovrebbe anche considerare il particolare che per il malato, spesso costretto alla posizione supina, il soffitto della stanza è vissuto come parete: da qui l'importanza di porre attenzione, oltre al colore del soffitto, alla sua illuminazione, che non deve risultare abbagliante.

E' chiaro che l'adozione di una cultura di questo tipo comporterebbe, per la nostra mentalità attuale, una rivoluzione radicale di quelle che rappresentano le con-

cezioni ambientali dei luoghi di cura. Senza giungere a tali estremi, così lontani dai nostri più comuni modelli di ambiente ospedaliero e di terapia, sarebbe opportuno iniziare a valorizzare l'importanza dei colori almeno per creare ambienti più gradevoli, più confortevoli, in un'ottica, per usare un termine ormai entrato nell'uso comune, di umanizzazione.

Infatti, la maggior parte dei pazienti subisce un peggioramento dello stato psichico nel momento del ricovero, certamente e soprattutto per i motivi che di questo sono la causa, ma sembra anche perché influenzati dal dominio del bianco che, se pur simbolo di pulizia e di ordine, suscita allo stesso tempo sensazioni di monotonia e di freddezza e viene inevitabilmente associato all'ospedale e, quindi, alla malattia e al dolore. Stati d'animo e condizioni psicologiche di questo tipo non sono certamente le più favorevoli per affrontare un ricovero ospedaliero.

Di fronte alle possibili perplessità che possono sorgere nei confronti dei risultati degli studi che riconoscono l'influenza dei colori sull'Uomo, ricordo l'importanza che oggi hanno assunto discipline o fattori, come l'ecologia, l'inquinamento, la radioattività ed il rumore, i cui effetti erano sconosciuti o misconosciuti solo fino a pochi decenni fa.

Fin dai tempi più antichi, l'ospedale è sempre stato luogo di isolamento dal mondo esterno. E' necessario innanzitutto un superamento di tale modello e di tale mentalità, attuando modificazioni dell'ambiente ospedaliero che determinino una continuità con l'ambiente esterno e che favoriscano la socializzazione.

A tale scopo, oltre alla cura dei locali e degli arredi nelle stanze di degenza ed in quelle riservate al personale, occorre prestare attenzione agli spazi comuni, che rappresentano i luoghi maggiormente frequentati da tutti e di primo impatto e che, come tali, condizio-

nano la prima impressione dell'ospedale. Ambienti come l'atrio, i vari ingressi, le zone d'attesa e di sosta, i percorsi ed i luoghi di ristoro devono quindi contribuire a trasmettere sin dal primo momento un senso di affidabilità e di rassicurazione. Ciò non deve però rappresentare una sterile creazione d'immagine e sfociare in situazioni estreme, che sembrano voler mimetizzare o nascondere il ruolo di accoglienza e di cura di persone malate, proprio di un ospedale, conferendogli l'aspetto più di un hotel o, peggio, di un centro commerciale o di un aeroporto.

Poca attenzione si presta anche, in genere, alla valorizzazione degli spazi esterni e di quelli di mediazione tra esterno ed interno dell'ospedale, come giardini, terrazze e cortili, che, curati ed opportunamente attrezzati, potrebbero rappresentare per i pazienti luoghi importanti per svagarsi ed intrattenersi con altre persone.

Inoltre, tali spazi dovrebbero possedere caratteristiche di continuità con l'ambiente esterno e permetterne il più possibile la vista: infatti, il poter vedere il mondo esterno, dal quale sono temporaneamente esclusi, ha per i pazienti il potere di distrarli dalla loro condizione di malati.

Un altro punto fondamentale per cercare di elevare la qualità dell'ambiente in ospedale è la rimozione di tutto quanto contribuisce a generare inquinamento acustico all'interno della struttura ospedaliera.

Tralascio volutamente tutto quanto riguarda il rumore come rischio lavorativo, puntando invece l'at-

tenzione sull'importanza della sua assenza o della sua riduzione per l'ottenimento di un ambiente confortevole. Un ambiente ospedaliero poco rumoroso è fondamentale sia per chi vi svolge il proprio lavoro, sia per chi è costretto a soggiornarvi in quanto malato e che, proprio per questo, oltre ad una minore soglia di tolleranza, ha anche necessità di un'atmosfera di quiete. Le fonti di rumore possono essere sia esterne che interne alla struttura ospedaliera. Quelle esterne dipendono fondamentalmente dal contesto urbano in cui l'ospedale è stato costruito od in cui è venuto a trovarsi a causa di trasformazioni urbanistiche e dal traffico veicolare interno all'area ospedaliera. Al di là della scelta iniziale della zona in cui costruire un nuovo ospedale e dei materiali allo scopo impiegati, è chiaro che i successivi interventi per ridurre l'eventuale rumore proveniente da fonti esterne possono essere fondamentalmente diretti alla regolamentazione ed alla limitazione del traffico lungo le vie di collegamento interne all'area ospedaliera. Si dovrà quindi limitare l'accesso a tale area, impedendo quindi, ad esempio, che gli spazi interni siano sfruttati da chi non trova parcheggio altrove per la propria automobile e limitandoli a chi deve effettivamente accedere all'ospedale. E' inoltre necessario che le principali vie di transito interne, così come i parcheggi interni, siano lontane dagli edifici che accolgono i pazienti ricoverati.

Per quanto riguarda il rumore generato all'interno dell'ospedale, molteplici sono le sue fonti, tra cui le apparecchiature mediche, la stessa attività lavorativa, l'affluenza di persone durante gli orari di visita e gli interventi di ristrutturazione edilizia.

Per il rumore prodotto dalle apparecchiature, si potrà intervenire dando la preferenza, in fase di acquisto e qualora esistano le alternative, ai modelli meno rumorosi oppure cercando possibili sistemi

**UN ALTRO PUNTO  
FONDAMENTALE PER  
CERCARE DI ELEVARE LA  
QUALITÀ DELL'AMBIENTE IN  
OSPEDALE È LA RIMOZIONE DI  
TUTTO QUANTO CONTRIBUISCE  
A GENERARE INQUINAMENTO  
ACUSTICO ALL'INTERNO  
DELLA STRUTTURA  
OSPEDALIERA.**

di insonorizzazione. Per cercare di ridurre il rumore prodotto dal personale con la sua attività lavorativa e dai visitatori dei pazienti degenti, sarà importante un'opera di sensibilizzazione e di educazione. Difficile è risolvere il problema del rumore causato dagli interventi di ristrutturazione, soprattutto se questi riguardano le aree di degenza; laddove sia possibile realizzarla, la soluzione migliore è il trasferimento temporaneo, fino a completamento dei lavori, dei reparti interessati.

In aree molto frequentate dell'ospedale, come ad esempio la mensa per il personale, può esistere il problema del rumore generato dalle stoviglie e, soprattutto, dalle voci dei commensali, che può raggiungere livelli tali da disturbare quello che dovrebbe rappresentare un momento di piacevole ricreazione. In questo caso, sarà ne-

**PER IL RUMORE PRODOTTO DALLE APPARECCHIATURE, SI POTRÀ INTERVENIRE DANDO LA PREFERENZA, IN FASE DI ACQUISTO E QUALORA ESISTANO LE ALTERNATIVE, AI MODELLI MENO RUMOROSI OPPURE CERCANDO POSSIBILI SISTEMI DI INSONORIZZAZIONE.**

cessario trovare soluzioni per insonorizzare i locali.

Quelli fino a qui trattati ed altri ancora sono gli aspetti che determinano la qualità dell'ambiente in ospedale. A causa della molteplicità e della complessità dei fattori implicati, non è sicuramente tra gli obiettivi più facilmente e rapidamente raggiungibili quello di un ambiente ospedaliero ideale sia per i pazienti che per i dipendenti; l'ambiente perfetto, oltretutto tale per tutti, è illusione. Senza pretendere

l'impossibile o, quantomeno, l'improbabile, si deve comunque cercare di introdurre, magari gradualmente, innovazioni ed accorgimenti migliorativi, anche minimi. Oltretutto, spesso ciò non comporta neppure aggravii di spesa, ma solo maggiori sensibilità ed attenzione a quelle che sono le esigenze dell'Uomo.

## Bibliografia

1. *Progettare per la sanità n. 47, settembre/ottobre 1998 "Il cro-moambiente" di Paolo Brescia*
2. *Progettare per la sanità/52 "Un supplemento di umanizzazione in sanità" di Vincenzo Strazzullo*
3. *Umanizzazione e comfort "Ospedale: luogo per vivere" di Fiorella Spinelli*

**UMONIUM<sup>38</sup>®**

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

**Huckert's international**  
Your best Partner in Hygiene

**IBHI**  
Tel 0744 221020 Fax 0744 229133  
E-mail: ihhi@ihhi.com

# La client satisfaction attraverso la people satisfaction



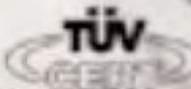
Pedus Service: da 30 anni la qualità nei servizi

sanificazione

ristorazione

servizi ausiliari

Direzione generale  
Via Cavallotti 23-C  
24127 Bergamo  
tel. 035.408.313  
fax 035.408.499  
www.pedus.it

  
Certificato di Qualità  
ISO 9001



pedus service

NELLA TERAPIA DELLE LESIONI CUTANEE

# Katoxyn®

BOMBOLA SPRAY - POLVERE ASPERSORIA

*Argento metallico  
catadionico micronizzato  
ad azione antibatterica*

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



DEVERGÉ M.&M. - TORINO

C.so Casale, 206 - Tel. 011.89.93.844 ca. Fax 011.89.95.514 e-mail: [deverge@inbox.net](mailto:deverge@inbox.net)

## Autocoscienza del comitato per il controllo delle infezioni ospedaliere: ruolo di controllo, responsabilità ed obiettivi

### Riassunto

Gli autori descrivono il ruolo organizzativo, la diffusione e lo sviluppo dei Comitati per il Controllo delle Infezioni (C.I.O.) negli ospedali italiani. L'Istituto Superiore di Sanità (I.S.S.) ha effettuato due indagini nazionali sulle attività del C.I.O. che mettono in evidenza un notevole progresso delle attività di controllo negli ultimi anni, ma ancora rimangono ampi margini di miglioramento. L'attivazione del C.I.O. negli ospedali nel periodo 1988-2000 è passata dal 14,2% al 73,8% ma l'analisi dei dati ha indicato che solo nel 50,2% delle strutture il comitato era realmente in attività. Nell'anno 2001 la Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (S.It.I.) ed il Gruppo Italiano Studio Igiene Ospedaliera (G.I.S.I.O.) hanno prodotto il primo manuale italiano per l'accreditamento professionale dei C.I.O., con l'obiettivo di perseguire il miglioramento della loro qualità ed affidabilità. Il manuale di accreditamento, composto da 7 capitoli principali per un totale di 103 articoli, è un importante strumento per l'applicazione di un percorso di Continuous Quality Improvement (CQI), che sicuramente porterà al miglioramento della situazione esistente.

### Summary

The authors describe the organizational role, the diffusion and the development of Infection Control Committee (I. C. C.) in the Italian hospitals. The Istituto Superiore di Sanità (I.S.S.) carried out two national studies on the activities of the I.C.C. that put in evidence a notable progress of the activities of control in the last years, but still remain important possibility of improvement. The activation of I.C.C. in the hospitals in the period 1988-2000 passed from 14,2% to 73,8%, but the analysis of the data pointed out that only in the 50,2% of the structures the committee was really in activity. In the year 2001 the Italian Society of Hygiene, Preventive Medicine and Public Health (S.It.I.) and the Group Italian Study Hospital Hygiene (G.I.S.I.O.) realized the first Italian manual for professional accreditation of the I.C.C., with the objective to improve the quality and the reliability of the I.C.C.. The manual of accreditation, composed by 7 main chapters for a total of 103 items, is an important instrument for a Continuous Quality Improvement (CQI) process, that surely will bring to a better activity of the I.C.C..

**G. Finzi, N. Manoni, N. Alvaro**

Direzione Medica Ospedaliera Polliclinico  
S. Orsola Malpighi

Parole chiave: Igiene Ospedaliera; Comitato Infezioni Ospedaliere;  
Accreditamento.

Key words: Hospital hygiene; Infection Control Committee;  
Accreditation

Effettuare un'analisi critica relativa al ruolo, responsabilità ed obiettivi del Comitato per la lotta alle Infezioni Ospedaliere (C.I.O.) significa porsi le seguenti domande:

- Quali sono le motivazioni che ne hanno determinato lo sviluppo?
- Qual'è il quadro normativo di riferimento?
- Quali sono le reali modalità di funzionamento?
- Quali dovrebbero essere le modalità ottimali di funzionamento di questo organo collegiale?

### Divisione del lavoro e coordinamento

*“Ogni attività umana organizzata, da quella della produzione dei vasi a quella di inviare un uomo sulla luna, fa nascere due esigenze fondamentali ed opposte: la divisione del lavoro in vari compiti da eseguire e il coordinamento di questi compiti per portare a termine l'attività.”*

**Henry Mintzberg**

In apertura della nostra analisi riteniamo utile spendere poche parole per inquadrare il ruolo organizzativo dei comitati per il controllo delle infezioni ospedaliere. Negli ultimi decenni, in campo sanitario si è assistito ad un rapido e progressivo processo di specializzazione delle conoscenze e al moltiplicarsi di attività cliniche autonome. Conseguentemente questo processo ha richiesto forme di coordinamento sempre più complesse e sofisticate. Nell'ambito delle organizzazioni pro-

fessionali, tra cui certamente gli ospedalieri spiccano per complessità e difficoltà di gestione, il gruppo di lavoro multidisciplinare costituisce lo strumento di coordinamento con cui più si è cercato di sviluppare il dialogo tra le diverse competenze. Il comitato per il controllo delle infezioni ospedaliere rappresenta un classico esempio di questo tipo di attività.

### Origine e sviluppo dei Comitati per il controllo delle infezioni ospedaliere.

Con la scoperta degli antibiotici, per la prima volta nella sua storia, l'uomo ha avuto a sua disposizione uno strumento terapeutico estremamente efficace che gli ha permesso di sconfiggere in modo rapido e semplice malattie infettive fino ad allora inguaribili. Dopo la seconda guerra mondiale, i clamorosi risultati ottenuti con la loro diffusione su larga scala fecero nascere l'illusione che questi farmaci potessero eliminare qualsiasi tipo d'infezione e microrganismo.

Purtroppo questa illusione svanì intorno agli anni '50 quando ceppi di Stafilococchi meticillino resistenti si resero protagonisti di spaventose pandemie che interessarono soprattutto il Nord Europa e gli Stati Uniti trovando negli ospedali un feritissimo terreno di diffusione.

In seguito a questi tragici eventi ci si rese conto che gli studi sui microrganismi responsabili d'infezione dovevano continuare ed intensificarsi e proprio in quest'ottica, in molti ospedali degli Stati Uniti nacquero, inizialmente in modo informale, gruppi multidisciplinari con l'obiettivo di monitorare tale fenomeno: i comitati per il controllo delle infezioni ospedaliere. Negli anni '70, negli Stati Uniti, fu avviato il sistema di sorveglianza denominato NNIS (National Nosocomial Infection Study), coordinato dai Centers for Disease Control di Atlanta, che ha coinvolto un grande numero di ospedali. Questo programma di sorveglianza ha consentito una significativa quantificazione del fenomeno infezioni ospedaliere

ed ha rappresentato la base per molte indagini epidemiologiche mirate allo studio dei più importanti fattori di rischio che stanno alla base delle principali vie di diffusione dei microrganismi in ospedale.

Negli anni che seguirono, lo sforzo degli epidemiologi si incentrò prevalentemente sulla valutazione dell'efficacia delle misure di prevenzione. Il famoso studio SENIC (Study on Efficacy of Nosocomial Infection Control) si pose l'obiettivo di verificare quanto fatto negli Stati Uniti sulla diffusione delle misure preventive e di valutare i risultati delle misure stesse. Questa esperienza ha dato origine ad una serie di raccomandazioni per la prevenzione delle infezioni ospedaliere, classificate in categorie sulla base delle evidenze di efficacia delle stesse. Queste significative esperienze aumentarono grandemente la conoscenza e la sensibilità verso il fenomeno infezioni ospedaliere sia tra i professionisti sia tra gli amministratori delle strutture sanitarie, non solo negli Stati Uniti, ma anche in Europa, e quindi nel nostro paese, rappresentando dei modelli da imitare e diffondere.

### La normativa Italiana

Sulla scia delle esperienze americane i C.I.O. nascono in modo ufficiale in Italia con l'emanazione di due circolari da parte del Ministero della Sanità, la n° 52 del 1985 "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere" e, la n° 8 del 1988 "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere: la sorveglianza", che definiscono ruoli e compiti di questo organismo. La circolare n°52/85 sancisce che in ogni presidio ospedaliero deve essere istituita una commissione tecnica responsabile della lotta contro le infezioni i cui compiti sono:

- definire la strategia di lotta contro le infezioni ospedaliere, con particolare riguardo ai seguenti aspetti:
  - 1) organizzazione del sistema di sorveglianza;
  - 2) istituzione di misure di prevenzione;
  - 3) coinvolgimento appropriato dei

servizi laboratoristici;

4) informazione al personale ospedaliero sull'andamento delle infezioni;

- verificare l'effettiva applicazione dei programmi di sorveglianza e controllo e la loro efficacia;
- curare la formazione culturale e tecnica del personale su tale argomento.

Sempre in questa circolare è anche precisata la composizione del comitato che deve essere "coordinato" dal Direttore Sanitario e deve comprendere almeno un rappresentante delle altre aree funzionali (all'epoca area medica e chirurgica), ma gli esperti in igiene, in malattie infettive ed in microbiologia devono costituire le figure essenziali, così come fondamentale è la presenza del personale infermieristico che, in quest'ambito, trova la sua massima rappresentazione nella figura della "Infermiera addetta al controllo delle infezioni" introdotta dalla circolare stessa.

Il legislatore, immaginando quanto poi sarebbe successo, si è preoccupato di rendere realmente funzionante i C.I.O. sia prevedendo un ristretto gruppo operativo cui affidare specifiche mansioni attinenti al programma, sia sottolineando che lo stesso dovesse ricevere dall'autorità competente l'assegnazione del tempo e delle risorse necessarie per l'espletamento dei suoi compiti.

Per il gruppo operativo era prevista la seguente composizione: un medico igienista della Direzione Sanitaria, un esperto in microbiologia, un esperto in malattie infettive, una caposala, infermieri particolarmente addestrati in materia, un farmacologo clinico o un farmacista ospedaliero.

La circolare n° 8/88 riporta la definizione d'infezione ospedaliere e comunitaria, i criteri di selezione dei pazienti da arruolare negli studi epidemiologici ed alcune definizioni specifiche per la diagnosi delle infezioni di più comune riscontro. Delinea inoltre alcuni sistemi di sorveglianza, da adottare in base agli obiettivi prefissati dal comitato ed alle risorse disponibili.

## Indagine conoscitiva nazionale sull'attività dei C.I.O.

Per conoscere la diffusione dei C.I.O. e comprendere quali sono le reali modalità di funzionamento dobbiamo fare riferimento alla ricerche effettuate dall'Istituto Superiore di Sanità (I.S.S.).

Alla fine dell'1988 l'I.S.S. condusse la prima indagine conoscitiva sulla diffusione dei programmi di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere. Dall'indagine emerse che a distanza di tre anni dall'emanazione della circolare N° 52 solo il 14,2% degli ospedali campionati aveva attivato il C.I.O., l'11,5 % si era dotato di un referente medico e l'8% di personale infermieristico dedicato. Inoltre, più di un terzo dei C.I.O. non si erano mai riuniti nell'ultimo anno e solo circa il 20% del personale infermieristico era impiegato a tempo pieno nelle attività di controllo delle infezioni ospedaliere.

A distanza di dieci anni, nel corso del 2000, è stata condotta dall'I.S.S. una nuova ricerca, la "Indagine conoscitiva nazionale sulle attività di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere" che ha interessato 535 strutture ospedaliere di cui 100 aziende ospedaliere, 45 istituti di ricerca e cura a carattere scientifico, 9 policlinici universitari e 381 presidi USL. Di tutte queste strutture hanno risposto all'indagine 428 centri (80% del totale) dislocati prevalentemente al centro-nord con un massimo del 100% in Friuli-Venezia-Giulia, Marche, Provincia di Trento, Valle d'Aosta ed un minimo del 60% in Molise.

Il 73,8% degli ospedali rispondenti (316 su 428), hanno dichiarato di aver attivato un comitato di controllo delle infezioni ospedaliere. Ma poiché 101 presidi non hanno specificato il numero dei componenti e/o hanno dichiarato di non aver effettuato alcuna riunione nel 1999, è stato considerato che solo in 215 strutture (50,2%) il comitato sembrerebbe essere effettivamente in attività. Nelle strutture dove sembra essere effettivamente in attività, il comitato è sta-

to istituito con delibera interna nel 90,7% (195 presidi). In 87 (40%) di esse l'anno di costituzione è successivo al 1997 e in più della metà dei casi (51%) sembra essere composto da un ampio gruppo di lavoro, superiore a 10 persone. In 160 ospedali (74,4%) si fanno da 1 a 4 riunioni l'anno.

Degli ospedali rispondenti, 283 (66%) hanno dichiarato di aver definito un gruppo operativo responsabile della gestione del programma, ma soltanto in 190 casi (44%) tale gruppo sembrerebbe essere effettivamente in attività, essendosi riunito almeno una volta nel corso del 1999.

Nei 190 ospedali con gruppo operativo effettivamente in attività, esso risulta costituito nel 35% dei casi da 6-8 componenti, nel 45 % dei casi da 4-5 componenti e nel 20% dei casi da 1-3 componenti.

Il Direttore Sanitario risulta essere presente nell'89% dei gruppi operativi, il microbiologo nel 79,5%, il farmacista nel 65,3% l'infettivologo nel 59,5% un medico di un altro reparto nel 44,7%, l'infermiera addetta al controllo nel 78,4%, altra figura infermieristica nel 36,8%, un biologo o un tecnico di laboratorio nel 7,9%, un'altra figura tecnica nel 3,7%, un epidemiologo nel 2,1%, ed un'altra figura non specificata nel 3,2% dei casi.

La figura del medico di direzione sanitaria e quella dell'infermiera addetta al controllo delle infezioni sono le più presenti nei gruppi operativi sia in quelli di piccole dimensioni sia in quelli di più grandi.

Un referente medico con specifiche competenze sulle infezioni ospedaliere sembra essere effettivamente operativo solo in 186 strutture tra tutte le rispondenti e nella maggior parte dei casi (76,3%) si tratta di un medico di direzione sanitaria che dedica alle infezioni ospedaliere fino a 10 ore alla settimana (81,2% dei casi). L'infermiera addetta al controllo delle infezioni (ICI) risulta essere presente in 218 strutture (51%), ma solo in 143 (33%) di esse sembra essere effettivamente operativa. In 73

strutture si dispone di una sola infermiera professionale in attività, in 44 di due, in 16 di tre, in 4 di quattro e in 6 di cinque o più. Il numero di ore settimanali dedicate dalle ICI alle attività di sorveglianza e controllo è in media di 23,8 per ospedale.

Centotrentuno ospedali (28,3%) dichiarano di aver definito una specifica unità operativa/modulo organizzativo o funzionale per le infezioni ospedaliere. Tale unità operativa è collocata nella maggioranza dei casi in direzione sanitaria (87,6% dei casi). Quarantotto ospedali (11,2%) dichiarano di utilizzare, mediante convenzione, un esperto esterno per la sorveglianza ed il controllo delle infezioni ospedaliere. Tra questi, in 12 casi (25%) non sono presenti né il comitato di controllo, né il gruppo operativo, né l'infermiera dedicata, né un referente medico in effettiva attività.

LA NOSTRA ANALISI VUOLE METTERE IN EVIDENZA CHE IL COMITATO PER LA LOTTA ALLE INFEZIONI OSPEDALIERE È UN ORGANO CON UN RUOLO STRATEGICO, DI COORDINAMENTO E D'INTEGRAZIONE DELLE

Sempre nell'anno 2000, dal Gruppo Italiano Studio Igiene Ospedaliere (G.I.S.I.O.) è stato realizzato uno studio con caratteristiche analoghe. I risultati, oltre a contenere una dettagliata analisi degli aspetti legati al sistema ospedaliero nazionale ed alle responsabilità dei Direttori di Presidio, sono simili a quanto sopra riportato e confermano quanto rilevato dall'I.S.S.

## Modalità ottimali di funzionamento ed accreditamento dei comitati

Nello sviluppo della nostra riflessione riteniamo che per delineare delle modalità ottimali di funzionamento dei comitati vanno presi in particolare considerazione sia l'adeguamento alla nuova situazione normativa, sia l'approccio al problema tramite un metodo di lavoro ispirato

rato ai sistemi qualità ed accreditamento.

Nel corso dei quindici anni trascorsi dall'emissione delle circolari sopra riportate sono intervenuti notevoli cambiamenti nel quadro di riferimento legislativo ed organizzativo. Naturalmente l'elemento di maggiore cambiamento è stata l'introduzione delle Aziende sanitarie che ha portato al superamento della struttura organizzativa ospedaliera definita dalla legge 128 del 1969 "Ordinamento interno dei servizi ospedalieri" da cui derivava lo schema di riferimento del C.I.O. Ordinamento interno che attualmente viene definito tramite l'Atto aziendale in cui deve essere previsto anche il CIO. Pertanto tale documento deve recepire i contenuti delle circolari e definire sia la collocazione che i compiti specifici attribuiti al C.I.O. rispetto alle altre strutture aziendali.

PROFESSIONALITÀ IL CUI BUON  
FUNZIONAMENTO  
PRESENTA SIGNIFICATIVE  
RICADUTE SULLA QUALITÀ  
DELL'ASSISTENZA EROGATA  
DALLE STRUTTURE  
SANITARIE.

Tra i cambiamenti di maggior rilievo intervenuti nel contesto sanitario dobbiamo certamente inserire il sempre maggior ricorso ai sistemi di qualità e lo sviluppo di criteri di accreditamento delle strutture assistenziali. La costruzione di ogni sistema qualità, compreso quello applicato al controllo delle infezioni ospedaliere, deve attraversare quattro fasi.

La *fase di analisi*, durante la quale si raccolgono le informazioni necessarie e si definisce l'indirizzo strategico per tutte le attività.

La *fase di pianificazione*, durante la quale vengono individuati i macro-obiettivi quantitativi e qualitativi, i processi critici (quelli che impattano maggiormente a breve-medio termine sui fattori chiave), le aree di miglioramento e sviluppo e definito il piano d'azione.

La *fase di attuazione*, cioè di reale svolgimento delle attività, duran-

te la quale le direttive elaborate nella fase di pianificazione vengono trasformate in azione concrete.

La *fase di controllo*, in cui vengono verificati gli scostamenti tra le direttive pianificate e le azioni effettivamente realizzate per consentire, se necessario, di correggere gli obiettivi o adeguare le risorse impiegate. Questa fase contribuisce a fornire le informazioni necessarie alla successiva fase di analisi, in un processo continuamente reiterato nel tempo.

Con l'obiettivo di perseguire un miglioramento continuo della qualità e dell'affidabilità dei servizi sanitari, di favorire l'adozione di specifiche pratiche assistenziali, di comportamenti professionali ed adeguati assetti organizzativi, nell'anno 2001 la Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (S.It.I.) insieme al Gruppo Italiano Studio Igiene Ospedaliera (G.I.S.I.O.) hanno prodotto il primo manuale Italiano finalizzato a dare tutte le indicazioni necessarie per l'accreditamento professionale o di eccellenza dei C.I.O. delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie Locali.

Il processo di accreditamento di eccellenza consente di valutare le conoscenze e i comportamenti delle organizzazioni e quindi di identificare soluzioni atte eventualmente a modificarle, mettendo in atto un processo di Continuous Quality Improvement (CQI) che sicuramente può fare molto per migliorare la situazione esistente.

Il punto di partenza è la definizione di una serie di criteri di buona qualità dei servizi sanitari, individuati da esperti delle varie professioni nelle specifiche competenze. Tali criteri devono essere ricavati dalla letteratura validata, dallo "stato dell'arte", dalla normativa d'interesse specifico e dall'esperienza professionale. I criteri sono definizioni indicanti la qualità attesa dell'assistenza, dotati di alcuni attributi quali misurabilità, riproducibilità, accettabilità, specificità, fondatezza scientifica.

I criteri per l'accreditamento dei CIO sono 103 e si articolano in 7 aree

di aggregazione che sono:

- 1) Organizzazione generale e direzione, comprendente 9 criteri;
- 2) Articolazione organizzativa, comprendente 20 criteri;
- 3) Gestione risorse materiali, strutture, attrezzature, dotazioni, comprendente 16 criteri
- 4) Gestione risorse umane – formazione del personale, sicurezza e soddisfazione degli operatori, comprendente 27 criteri
- 5) Gestione sistema informativo – documentazione, comprendente 15 criteri;
- 6) Procedure specifiche tecniche, comprendente 10 criteri
- 7) Valutazione e miglioramento della qualità – soddisfazione del cittadino, comprendente 6 criteri.

La corrispondenza di ciascuno dei 103 criteri ai risultati attesi è valutata secondo 5 livelli di adesione:

- 1) livello 0: assenza di corrispondenza assoluta al sistema
- 2) livello 1: corrispondenza minima al criterio
- 3) livello 2: corrispondenza parziale al criterio
- 4) livello 3: corrispondenza significativa al criterio
- 5) livello 4: corrispondenza totale al criterio.

La procedura di accreditamento si articola attraverso la valutazione di ogni singola area di aggregazione per la quale sono indicati i punteggi minimi, massimi e di sufficienza.

Per quest'ultimo, che corrisponde al punteggio medio, è riportato anche il valore percentuale in modo tale da consentire il confronto tra le diverse aree di valutazione, tra strutture differenti, e, inoltre, consente di effettuare controlli nel tempo anche nel caso in cui dovessimo cambiare in parte i criteri di valutazione ed i relativi pesi.

Il mancato raggiungimento del punteggio di sufficienza anche in una sola area di valutazione impedisce di ottenere l'accreditamento.

Per la conoscenza dei singoli criteri e dei relativi livelli di adesione che permettono di calcolare i punteggi minimo, massimo e di sufficienza si rimanda alla consultazio-

# Igiene ospedaliera

ne del "Manuale di Accreditamento dei Comitati per la Lotta e la sorveglianza delle Infezioni Ospedaliere".

## Conclusioni

La nostra analisi vuole mettere in evidenza che il Comitato per la lotta alle infezioni Ospedaliere è un organo con un ruolo strategico, di coordinamento e d'integrazione delle professionalità il cui buon funzionamento presenta significative ricadute sulla qualità dell'assistenza erogata dalle strutture sanitarie.

Anche se lentamente, nel corso degli ultimi anni si è assistito ad una progressiva diffusione dei C.I.O. all'interno delle Aziende Ospedali e delle Aziende USL con una sempre maggiore reale attività.

Infine riteniamo che per garantire al C.I.O. adeguate modalità di funzionamento e una forte adesione delle attività svolte ai bisogni della real-

tà in cui opera, è necessario inserire questo organismo all'interno di un sistema qualità applicando sempre alcune indicazioni standard che ne qualificano il lavoro.

## Bibliografia

A.S.L. n° 9 Treviso – Direzione Sanitaria – Storia delle infezioni ospedaliere e dei comitati.

S. Brusaferrò, R. Quattrin, V. Gasparini; Indagine conoscitiva sulla diffusione e le caratteristiche dei comitati di controllo delle infezioni ospedaliere negli ospedali pubblici in ambito nazionale. Gruppo Italiano Studio Igiene Ospedaliere (G.I.S.I.O.) 2001

G. Finzi ed altri autori – Manuale di Accreditamento dei Comitati per la Lotta e la Sorveglianza delle Infezioni Ospedaliere. Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (S.It.I.); Gruppo Italiano

Studio Igiene Ospedaliere (G.I.S.I.O.) 2001

Henry Mintzberg – La progettazione dell'organizzazione aziendale. Il Mulino 1996

Mistero della Sanità – Circolari n° 52/85: Lotta contro le infezioni ospedaliere e n° 8/88: Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza.

M. L. Moro – Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in Italia. Giornale Italiano delle infezioni Ospedaliere 1994;1(1):7-15.

M. L. Moro – Indagine conoscitiva nazionale sulle attività di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere negli ospedali pubblici italiani. Rapporti ISTISAN 4/2001

Miglioramento e sviluppo della qualità nell'Azienda sanitaria- Strumenti, tecniche e metodi; Azienda USL Città di Bologna.

Divisorio mod. DUKO



Divisorio mod. RTI-RKS



Paravento mobile FG 95



Combinazione divisorio mod. RTW



Mod. RTS-RTI



Cabine mod. RKS



**ropimex®**  
**Mod. Brevettato**

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



# Medical

Tubi tracheali  
 Circuiti respiratori  
 Ossigenoterapia  
 Bronco Aspirazione  
 Spirometria  
 Ventilazione  
 Ossimetria  
 Drenaggi toracici  
 Urologia  
 Termometria  
 Nutrizione enterale  
 Aspirazione  
 chirurgica  
 Medicazioni  
 Aghi e siringhe

Tel. 02.70317256  
[medical\\_italy@tycohealth.com](mailto:medical_italy@tycohealth.com)



# Surgical

Suture  
 Suturastrici cutanei  
 Reti  
 Adesivi  
 Ernestatici  
 Sigillanti  
 Presidi per  
 incontinenza  
 urinaria da sforzo  
 Cannula per  
 occlusione aortica  
 con palloncino

Tel. 02.70317344  
[surgical\\_italy@tycohealth.com](mailto:surgical_italy@tycohealth.com)



Suturastrici  
 meccanici  
 Chirurgia  
 miniminvasiva  
 Elettrochirurgia  
 Sistemi per  
 l'evacuazione  
 del fumi  
 Chirurgia  
 ad ultrasuoni  
 Sistema di sintesi  
 dei vasi LigaSure  
 Strumenti  
 per la diagnostica

Tel. 02.70317262  
[endo\\_italy@tycohealth.com](mailto:endo_italy@tycohealth.com)

Tel. 02.70317348  
[capital\\_italy@tycohealth.com](mailto:capital_italy@tycohealth.com)



Supporto  
 installazione  
 e collaudo  
 Manutenzione  
 preventiva/comettiva  
 Garanzia  
 Aggiornamenti  
 tecnologici  
 Corsi di  
 formazione tecnici  
 Supporto Helpdesk

Tel. 02.70317202  
 Fax. 02.7630125

# Assistenza Tecnica

# Indomeccanica Capital



**tyco**  
 Healthcare

Tyco Healthcare Italia S.p.A.  
 Via Rivoltana 2/D  
 20158 Segrate (MI)  
 Tel. +39 02 763171  
 Fax. +39 02 76317 317  
[www.tycohealth.com](http://www.tycohealth.com)  
[info\\_italy@tycohealth.com](mailto:info_italy@tycohealth.com)



ISO 9002 EN 4102  
 Certificata N°90 100 1403

## Federalismo e sussidiarietà nella sanità dopo la modifica della Costituzione

(\*) RELAZIONE PRESENTATA DALL'ASSESSORE ALLA SANITÀ DELLA REGIONE LIGURIA, PIERO MICOSSI, IN OCCASIONE DEL CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O. DAL TEMA "LA SANITÀ NELLE REGIONI: STRATEGIE E MODELLI ORGANIZZATIVI", RIMINI, 9-11 MAGGIO 2001.

Il nuovo accordo Stato-Regioni sulla sanità, siglato a Roma l'8 agosto 2001, introduce elementi di grande novità a livello finanziario e dei rapporti istituzionali.

E' forse opportuno richiamare alcuni elementi del precedente accordo, siglato nella Conferenza Stato-Regioni appena un anno prima, per mettere in piena luce le differenze.

Con l'accordo "Giarda" lo Stato manteneva a se stesso le competenze in materia di contratti nazionali di lavoro, di politica farmaceutica e nella sostanza anche in materia di organizzazione sanitaria. In sede di Conferenza Stato-Regioni si provvedeva unicamente alla determinazione dei fabbisogni finanziari della sanità, stimandone l'ammontare in valore assoluto e non in relazione al PIL. L'accordo prevedeva un tavolo di monitoraggio sull'andamento della spesa, l'impegno per lo Stato e per le Regioni a coprire finanziariamente con risorse proprie aggiuntive gli sfondamenti di spesa derivanti da provvedimenti assunti in sede locale o nazionale. Gli strumenti fiscali resi disponibili alle Regioni per coprire eccedenze di fabbisogno erano costituiti dall'Irap (tributo regressivo in quanto addebitato al sistema delle imprese ed ai livelli occupazionali, oltre che al lavoro autonomo e professionale, i costi della salute), dall'accisa sui carburanti e dall'Iva. Il Governo non assumeva impegni sulla disponibilità di cassa, mantenendo la pratica tradizionale di contrarre gli impegni in periferia mediante la stretta sulla liquidità. Il

livello effettivo di copertura della spesa sanitaria pubblica scendeva nel triennio 2000-2002 a meno del 5,2% del PIL. Nessun riequilibrio della spesa sanitaria rispetto a quella previdenziale e assistenziale. L'impegno che il Governo assumeva con l'accordo di emanare entro 180 giorni un decreto sui livelli essenziali di assistenza non era vincolante rispetto all'efficacia dell'accordo stesso, tanto che il Governo poteva ignorare tranquillamente tale obbligazione non emanando alcun decreto in materia.

Il quadro con il nuovo accordo cambia radicalmente innanzitutto nell'assetto istituzionale: si prevede infatti la modifica dell'art. 4 del D.Lgs 229/99, che regola la possibilità per le Regioni di istituire aziende ospedaliere, e dell'art. 9 bis sulle sperimentazioni gestionali, attribuendo alle Regioni totale autonomia in materia e non subordinando le scelte regionali all'approvazione della Conferenza. Quindi per la prima volta la materia organizzativa diventa effettivamente competenza regionale e questo apre la strada a sistemi regionali differenti. Alle Regioni viene anche trasferito il negoziato contrattuale, con riferimento all'accordo Ciampi sul costo del lavoro del 1993, per cui allo Stato rimane la funzione di garanzia sul potere di acquisto dei lavoratori legato all'inflazione, mentre passa alle Regioni, nelle forme che andranno meglio definite, la responsabilità sulla contrat-

tazione delle parti variabili del salario e delle altre remunerazioni, all'interno del vincolo di crescita globale della spesa per il personale rapportato alla crescita programmata del PIL. Con questo, anche nel mondo sanitario le remunerazioni non saranno più una variabile indipendente, naturalmente dopo che l'accordo avrà trovato corrispondenza nei nuovi contratti di lavoro.

Si consideri che proprio la inaffidabilità delle stime Aran sui costi dei contratti negli ultimi anni ha costituito motivo di continua ridiscussione degli impegni di bilancio dello Stato rispetto alle Regioni.

L'elemento di maggior novità del nuovo accordo è costituito tuttavia dall'impegno del Governo a varare con proprio decreto i livelli essenziali di assistenza (LEA), sulla base di una proposta formulata d'accordo con le Regioni, quale condizioni vincolante perché l'accordo sia valido. Ciò ha comportato la rinuncia da parte di alcune Regioni alla pretesa che i livelli di assistenza fossero definibili unicamente sulla base dei bisogni, cioè della domanda espressa dai cittadini, e non dei vincoli di bilancio contenuti nel DPEF (come peraltro previsto dai commi 3 e 4 del D.Lgs 229/99). Il fatto che l'accordo sia inefficace fino alla definizione dei LEA forza Regioni e Governo a dichiarare finalmente all'opinione pubblica che cosa sia possibile erogare all'interno del bilancio pubblico e che

**Piero Micossi**

*Assessore alla Sanità della Regione Liguria*

cosa dovrà trovare invece collocazione in forme di assistenza sanitaria integrativa (fondi, assicurazioni, mutue). Infine, last but not least, l'accordo stabilizza il rapporto fra spesa sanitaria e PIL ad un valore vicino al 5,9% per il triennio 2001-2003, con l'impegno successivo a portarlo al 6%, cioè alla pari con i valori medi europei.

Per quanto riguarda le forme di imposizione fiscale che le Regioni potranno utilizzare a copertura delle spese del sistema sanitario eccedenti il finanziamento statale, viene data ora prevalenza alle addizionali Irpef sulle persone fisiche, rendendo più trasparente il rapporto con i cittadini, le cui richieste di maggiori prestazioni si trasformeranno in aumento del prelievo sulle persone fisiche; ma anche rendendo più trasparente il rapporto con gli enti locali, che analogamente dovranno accompagnare le proposte di crescita del sistema dei servizi con la qualificazione degli oneri fiscali aggiuntivi.

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica, altra nota storicamente dolente nei rapporti fra Stato e Regioni, il nuovo accordo trasferisce alle Regioni tutti gli strumenti che tradizionalmente lo Stato aveva riservato alla propria discrezionalità, consentendo loro di intervenire con una manovra integrata di contenimento della spesa per i farmaci: utilizzazione dei generici per la determinazione del prezzo rimborsabile a carico del SSN, tetto ai consumi di farmaci collocato al 13% della spesa sanitaria globale (cioè oltre due punti percentuali al di sotto dei valori attuali), introduzione del prezzo cosiddetto rimborsato a livello sperimentale per un anno (cioè estensione alla generalità dei farmaci del principio per cui il SSN pubblico rimborsa solamente una parte del costo della maggioranza dei prodotti sul mercato, fatte salve le esenzioni per i soggetti deboli e a basso reddito), indirizzi alla CUF sulle politiche del farmaco, possibilità di distribuire direttamente i farmaci attraverso le ASL (particolarmente per le ma-

lattie croniche e i farmaci costosi), estensione della norme di acquisto valide per gli ospedali ad altri regimi di residenzialità. Non è questa la sede per discutere se questo cocktail di provvedimenti sia il più desiderabile in termini di principio. Indubbiamente è una grossa novità che passi alle Regioni il disegno delle strategie in tale materia.

Questo dunque il quadro di riferimento dal quale muoveranno le Regioni nei prossimi mesi. In tale contesto intervengono il referendum confermativo della legge sul federalismo approvata nella scorsa primavera dal Parlamento, e il disegno di riforma costituzionale del Governo che prevederà la modifica dell'art. 117 della Costituzione con l'attribuzione alle Regioni della competenza piena ed esclusiva in materia di sanità. A ciò si aggiunge il fatto che le Regioni sono impegnate nella revisione degli statuti che segue l'introduzione del nuovo sistema elettorale e che si intreccerà necessariamente con l'evoluzione in senso federale dello Stato italiano.

### QUALI PROBLEMI SI APRONO IN QUESTO CONTESTO?

In primo luogo quello del funzionamento della Conferenza delle Regioni, che assumendo nuove responsabilità non potrà continuare ad operare utilizzando gli strumenti dell'accordo o dell'intesa con il Governo, che in un modo o nell'altro prevedono l'unanimità delle Regioni.

### IN QUALE MODO POTRANNO LE REGIONI DECIDERE A MAGGIORANZA CON DECISIONI CHE ABBIANO EFFICACIA ANCHE PER CHI NON LE AVRÀ CONDIVISE? IN QUALE MODO SARÀ POSSIBILE "PESARE" IL VOTO DELLE REGIONI? E DI QUALI STRUMENTI TECNICI POTRANNO DISPORRE? COME SARANNO REGOLATI I RAPPORTI FRA LA CONFERENZA DELLE REGIONI E L'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ?

A parere ormai di molti, la solu-

zione del problema dei rapporti istituzionali sarà necessariamente trovata nell'istituzione della Camera delle Regioni. Quale rilievo costituzionale essa debba assumere e quali competenze debbano esserle attribuite è oggetto di dibattito ancora preliminare e quindi non affrontabile qui per esigenze di sintesi.

In un quadro di completa autonomia e responsabilità fiscale regionale, quale potrà essere il criterio di riparto delle risorse finanziarie fra le Regioni. La legge 662/97 aveva privilegiato il criterio della composizione della domanda di servizi sanitari, dando rilievo prevalente all'anzianità della popolazione e ai ricoveri ospedalieri (che sono connessi anch'essi all'anzianità della popolazione ma anche alle dimensioni della struttura dell'offerta di ricovero per acuti).

Le Regioni del Mezzogiorno ritengono che un criterio di questo tipo perpetui lo squilibrio nella distribuzione delle strutture ospedaliere fra Nord e Sud del Paese e che sia necessario prevedere dei meccanismi di riequilibrio che consentano al Sud di recuperare il ritardo esistente nello sviluppo degli ospedali. Il prossimo autunno vedrà le Regioni impegnate a proporre nuovi criteri di distribuzione delle risorse. Non c'è dubbio che su questo terreno troveranno una prima misura le aspirazioni delle Regioni ad affrancarsi dallo Stato. Il Governo per parte sua ha previsto di sostenere questa fase di riflessione aggiungendo alle risorse finanziarie del triennio 2002-2004 5.500 miliardi destinati al riequilibrio della quota capitaria, cioè al sostegno alle Regioni che percepiscono attualmente un finanziamento pro-capite dei propri cittadini inferiore alla media nazionale.

Veniamo ora alla questione del nuovo rapporto fra Regioni ed enti locali, derivante dall'evoluzione in senso federale dello Stato.

La discussione in corso su questo tema rischia forse ancora di assumere un contenuto di tipo prevalentemente tecnico, cioè finalizzato a definire quale modello sia più effi-

ciente e come le Regioni possano perseguire l'equilibrio di bilancio sotto la pressione delle comunità locali ad aumentare le risorse finanziarie per sanità e assistenza, ma anche con il vincolo politico di non essere costrette ad aumentare la pressione fiscale sulle persone fisiche.

Il problema va affrontato in primo luogo non sotto l'aspetto di quale soluzione sia più efficiente, ma di come si proponga in un quadro di Stato federale la questione della legittimità istituzionale, dei diritti di cittadinanza e della sussidiarietà. Il principio di sussidiarietà prevede infatti che lo Stato e la pubblica amministrazione in generale non avochino a sé funzioni che possono essere meglio svolte dalle comunità, e che ogni livello di articolazione organizzativa subordinato non sia vicariato dal livello superiore se non in presenza di incapacità o impossibilità a svolgere le proprie funzioni e ad assolvere alle proprie responsabilità. L'evoluzione federale dello Stato presuppone in realtà un trasferimento di sovranità dallo Stato al cittadino e non solamente un decentramento amministrativo di funzioni.

Perché sia chiaro quanto viene affermato, si richiama la differenza fondamentale esistente fra la concezione della democrazia americana, fondata sui diritti di cittadinanza dei singoli cittadini, e quella figlia della Rivoluzione francese, che fa prevalere una concezione etica sostitutiva dello Stato rispetto al cittadino. Negli Stati europei si è sviluppata a partire dalle monarchie assolute per transitare dalle concezioni ottocentesche dello Stato fino alle esperienze socialdemocratiche del welfare, una concezione di Stato tutore (l'intellettuale collettivo nella visione marxista gramsciana) che sottrae sovranità al cittadino con la motivazione della incapacità dei singoli di comprendere e di decidere. La moderna versione di questa forma di sovranità limitata ha recentemente assunto il nome di asimmetria informativa, per la quale il cittadino non è in grado di accedere alle informazioni necessarie a decidere su questioni

rilevanti (quali la propria salute) e quindi la pubblica amministrazione deve sostituirlo e proteggerlo.

Queste concezioni presuppongono un altro elemento implicito, e cioè che nell'amministrazione pubblica risiede la capacità di rappresentare l'interesse generale, cioè la sintesi degli interessi individuali e, ancor più che questo, una visione superiore rispetto agli interessi degli individui, dei quali si sottintende il carattere limitato ed egoistico. Dunque da una parte il cittadino è incapace di comprendere perché non possiede gli strumenti informativi e dall'altra esprime comunque una visione inferiore e limitata rispetto a quella della pubblica amministrazione, capace al contrario di intravedere e perseguire il bene comune.

Queste concezioni del rapporto fra Stato e cittadini hanno informato tutta l'architettura costituzionale del dopoguerra ed anche il rapporto fra amministrazioni locali e livelli istituzionali sovraordinati. Lo Stato deciderebbe quindi meglio delle Regioni e queste ultime meglio dei Comuni, proprio in relazione alla crescente capacità di rappresentare l'interesse generale. Non trova spazio in questa architettura la nozione che la separazione dei ruoli e dei poteri è più efficace nel garantire voce e scelta ai diversi interessi, mentre l'unificazione delle funzioni di programmazione, controllo, legislazione e gestione nell'amministrazione pubblica si risolve solitamente nella sordità alle istanze dei cittadini e nella inefficienza organizzativa e operativa.

Riprende vigore oggi in tutto il mondo occidentale una cultura liberale istituzionalmente più rispettosa del cittadino e più prudente nel vedere nello Stato e nell'amministrazione pubblica capacità di rappresentanza sostitutiva degli interessi e dei diritti di cittadinanza, ispirata appunto al principio di sussidiarietà. Secondo questa visione, che è radicalmente alternativa rispetto alla prima, esistono nella società e nell'amministrazione pubblica e nelle sue articolazioni locali e nazionali,

interessi divergenti e legittimi.

Di conseguenza, non esistono rappresentanze definitivamente legittimate ad esprimere l'interesse generale, la società e lo Stato funzionano meglio in un sistema di poteri e di controlli, autonomi e bilanciati reciprocamente (checks and balance), dalla cui interazione nascono scelte certamente non perfette, ma che ogni volta rappresentano punti di equilibrio accettabili.

Le comunità locali esprimono interessi che perdono voce e legittimità quando lo Stato e l'amministrazione pubblica centralizzano e unificano le proprie funzioni, ma contestualmente lo Stato perde legittimità agli occhi dei cittadini e diventa estraneo e mal tollerato.

Questo processo nel mondo della sanità è ben visibile nell'esperienza degli ultimi venticinque anni seguiti alla statalizzazione della sanità e alla nazionalizzazione delle principali istituzioni sanitarie non pubbliche (anche se senza scopo di lucro e operanti nella forma giuridica di fondazioni), che ha comportato la perdita dei legami forti di appartenenza (ownership) che legavano le istituzioni sanitarie alle comunità locali le quali, ritenendole proprie, contribuivano in modo importante sia al loro finanziamento sia alla generazione dei gruppi dirigenti. Basti pensare al flusso delle donazioni che con la riforma del 1978 sono venute quasi completamente meno.

Parallelamente alla questione della ownership, l'evoluzione in senso federale dello Stato pone oggi l'altro grande problema su cui si fonda il patto sociale delle società liberali, e cioè quella della corrispondenza fra pressione fiscale, sistema dell'welfare (previdenza, lavoro, assistenza e sanità) e sistema di rappresentanza. La frase di grande valore simbolico "no taxation without representation" si esplicita nel mondo occidentale nelle rivolte fiscali che hanno interessato gli Stati Uniti negli anni 80' e che stanno interessando in modo crescente l'Europa, con una diffusa richiesta di riduzione della pressione fiscale, che viene perce-

pita come iniqua e con una parallela pretesa delle comunità locali e dei cittadini di decidere autonomamente su questioni come quella dell'educazione scolastica dei figli o della libertà di scelta del luogo di cura.

La proposizione di modelli culturali cui informare le relazioni fra gli enti locali e le Regioni o quelle fra le Regioni e lo Stato richiede dunque una scelta fra due esperienze antitetiche. Ove si scelga per il modello liberale, fondato sulla separazione dei poteri e su sistemi di interessi e di controlli reciprocamente bilanciati, rinunciando dunque all'idea dello Stato tutore e della superiorità morale dell'amministrazione pubblica, è necessario proporsi di conseguire tutto ciò concretamente.

Di qui nasce la proposta (contenuta per esempio nelle linee di indirizzo e nella parte istituzionale del piano sanitario della Liguria, ma anche nel documento introduttivo del piano socio-sanitario della Lombardia) di liberare le Regioni da ogni incombenza gestionale, affidando loro il ruolo centrale di tutela dei diritti dei cittadini e quindi di pianificazione e di controllo, unitamente alla funzione di determinare la pressione fiscale corrispondente ai servizi erogati (certamente all'interno di un quadro nazionale di definizione dei livelli di assistenza essenziali, o minimi, o garantiti, da erogare unitariamente su tutto il territorio nazionale).

### **COME CONCILIARE UN PIÙ FORTE RUOLO DEI COMUNI E DELLE COMUNITÀ LOCALI NELLA GESTIONE DELLE AZIENDE SANITARIE CON L'ESIGENZA DI CONSERVARE I VANTAGGI ACQUISITI (SOPRATTUTTO EFFICIENZA E UNITARIETÀ DI INDIRIZZO) CON I PROCESSI DI AZIENDALIZZAZIONE?**

Una possibilità potrebbe essere quella di affidare alle conferenze dei sindaci l'approvazione dei bilanci annuali e poliennali delle aziende sanitarie territoriali e i relativi piani strategici poliennali, concretizzan-

do così la partecipazione alle decisioni di allocazione delle risorse e quindi di tutela della salute nei suoi diversi aspetti, prevedendo naturalmente un potere sostitutivo nell'impossibilità di conseguire tali approvazioni entro un termine congruo di tempo. Questo non significa affidare ai Comuni, in forma singola o associata, anche le nomine dei direttori generali della ASL, dato che la responsabilità economica sugli impegni di spesa deve continuare a vedere il vincolo regionale sul bilancio e sulla programmazione economica.

E' inoltre importante conservare l'esperienza della aziendalizzazione e dell'autonomia gestionale (con le connesse responsabilità personali dei direttori generali) introdotta in sanità con il D.Lgs 502/92 e successive modificazioni, non confondendo l'esigenza di garantire la partecipazione delle comunità locali, della Regione e anche dei partiti politici alla formazione delle decisioni di indirizzo e di controllo, con il ritorno a modelli di presenza dei partiti nella gestione aziendale corrente della sanità che ha già dato prove pessime e che nessuno dovrebbe voler ripetere.

Anche qui, dunque, checks and balance. Andrà invece accuratamente riesaminata la decisione di eliminare ogni forma di consiglio di amministrazione dalle ASL, non per introdurre di nuovo la commistione fra politica e amministrazione della sanità, ma perché il rapporto con la comunità locale potrebbe rafforzarsi con la nomina di consiglieri di amministrazione aventi funzione di controllo e di indirizzo sulla gestione della ASL.

Nella definizione della pressione fiscale da porre a fronte del sistema dei servizi (in questo caso sanitari), lo Stato dovrebbe fare riferimento al costo della quota capitaria necessaria a coprire i LEA, mentre compito di Regioni e comunità locali sarà di stabilire un legame diretto fra contenuti economici dei bilanci approvati ai diversi livelli istituzionali e quantità e qualità dei ser-

vizi erogati. Questo significa far gravare sui residenti del territorio corrispondente alle singole ASL anche la pressione fiscale corrispondente, in modo da creare una relazione diretta fra servizi richiesti dalle comunità locali e pressione fiscale. L'approvazione dei bilanci delle ASL diventa a questo punto un atto di rilevanza anche fiscale, determinandosi la quadratura del cerchio fra sussidiarietà nelle decisioni e responsabilità delle stesse.

Pare opportuno soffermarsi ancora sul significato della scelta che attribuisce alle ASL la sola funzione di tutela della salute dei cittadini, separando gradualmente da esse le funzioni di erogazione dei servizi di ricovero e nel futuro anche di altri servizi, man mano che ciò sarà reso possibile dalla crescita di organizzazioni economiche e sociali in grado di assumerne la responsabilità. A titolo esemplificativo, non c'è dubbio che la tutela e l'assistenza alle condizioni di perdita di autosufficienza, soprattutto degli anziani, sono destinate a trovare collocazione in un sistema di servizi che vedrà la presenza di fondi integrativi e l'assunzione di responsabilità aggiuntive da parte delle comunità locali.

Esiste tuttavia una ragione più importante a supporto della scelta della separazione, costituita dalla necessità di rendere visibile e non condizionata la funzione di tutela dei cittadini, dato che su questo terreno l'amministrazione pubblica deve prendere atto del maturare nella società di una nuova cultura dei diritti soggettivi, molti dei quali in campo sanitario, che configurano un rapporto di tipo sempre più contrattuale fra sistema sanitario nazionale e cittadini.

La contrattualizzazione di questa componente importante del patto sociale richiede che nella funzione di tutela l'ente a ciò preposto sia percepito e sia nei fatti rappresentante di un solo interesse e non di una molteplicità di esigenze e di spinte contrapposte, come avviene ora.

Le Asl dovrebbero assumere nel tempo una funzione più di tipo assicurativo, separata dalle Regioni e più legata alle comunità locali, provvedendo ad acquistare per conto dei cittadini le prestazioni dai vari soggetti assicuratori e trovandosi quindi nella condizione di non poter condividere punti di vista e preoccupazioni proprie della pubblica amministrazione in quanto tale, ove queste risultassero essere in contrasto con gli interessi dei propri "assicurati".

Diverso sarebbe il discorso sulle aziende ospedaliere, innanzitutto perché l'esigenza di riconoscere alle ASL una prevalente funzione di tutela, richiede la separazione dei soggetti erogatori di prestazioni di ricovero dalle ASL e in secondo luogo perché questa potrebbe e dovrebbe essere la sede per stimolare nuove presenze e iniziative della società e dell'impresa, ricostruendo quel tessuto di presenze autonome e pluralistiche che ha sempre caratterizzato la rete dei servizi sanitari e sociali nel nostro paese.

Questa visione, pur non escludendo che le Regioni possano essere presenti in qualità di azionisti in aziende ospedaliere o istituti scientifici o ospedali universitari, preclude certamente la possibilità che le Regioni diventino la holding pubblica del sistema delle aziende ospedaliere.

Ciò sia per mantenere alle Regioni autonomia di giudizio e di decisioni rispetto agli interessi fortissimi degli operatori sanitari dipendenti degli ospedali pubblici, sia per restituire a soggetti privati (con o senza scopo di lucro) la responsabilità dell'equilibrio di bilancio delle aziende sanitarie.

L'esperienza della gestione integrata da parte delle Regioni delle aziende sanitarie mostra che questo, ben lungi da favorire i processi di qualità e di efficienza, ristabilisce al contrario canali politici di controllo sulla selezione del personale, sulle politiche degli acquisti e sulle strategie di posizionamento, sulla cui inopportunità esiste ormai

consenso diffuso. Né pare che l'esperienza di centralizzazione regionale della gestione delle aziende sanitarie (in forme più o meno indirette), largamente sperimentata in Lombardia e in Emilia Romagna, abbia prodotto un significativo miglioramento delle logiche gestionali e dei conti economici. Ma ancor più essenziale sarebbe la scelta della concentrazione degli ospedali pubblici in holdings pubbliche, in quanto determinerebbe la formazione di soggetti monopolisti, dotati di posizione dominante sul mercato e quindi capaci, anche utilizzando i canali politici, di penalizzare o escludere dal mercato i soggetti di natura giuridica non pubblica in esso presenti. Ciò finirebbe per penalizzare gravemente la libertà di scelta dei consumatori e per danneggiarli nella qualità dei servizi erogati.

Del resto, nel momento in cui gli stati abbandonano sistematicamente la gestione diretta dei servizi, sarebbe in controtendenza ricreare nella sanità gigantesche società pubbliche, certamente non efficienti e certamente non esposte ad alcuna sollecitazione all'efficienza da parte del mercato.

Ancora un tassello manca al completamento del quadro di una nuova sanità fondata sulla distinzione dei ruoli e degli interessi quale elemento di equilibrio e di nuova rappresentanza dei diritti di cittadinanza. Distinzione dei ruoli istituzionali (Stato, Regioni ed enti locali, sussidiarietà istituzionale verticale) e distinzione dei ruoli fra amministrazione pubblica, comunità locale e organizzazioni economiche e sociali preposte all'erogazione dei servizi (sussidiarietà orizzontale).

Tale tassello è costituito dall'esigenza di porre fine al monopolio pubblico esistente sulla funzione di acquisto delle prestazioni per conto del cittadino.

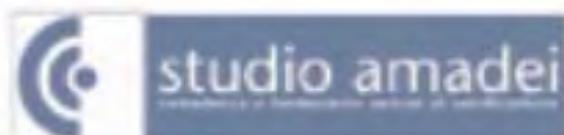
Tale monopolio si esplica oggi mediante i vincoli di piano, la gestione diretta della stragrande maggioranza delle organizzazioni di erogazione delle prestazioni, la sovrapposizione delle funzioni di pianificazione e

di quelle di accreditamento delle strutture sanitarie ed anche l'insieme delle pratiche di regolazione amministrativa delle presenze sul mercato sanitario, che non rispondono ad esigenze di tutela dei consumatori ma piuttosto ad esigenze di tutela dell'organizzazione pubblica, anche se inefficiente e gestionalmente disastrosa.

Con l'accordo dello scorso agosto si è in realtà preso atto del fatto che le sole risorse economiche provenienti dal bilancio dello Stato non sono sufficienti a fronteggiare la domanda di salute emergente nel paese. Ciò apre la strada a scelte storicamente contrastate da parte della sinistra italiana, introducendo nel nostro sistema sanitario, sul versante dell'acquisto delle prestazioni, i fondi sanitari integrativi o altre forme di presenza integrativa (assicurazioni, mutue) di soggetti non pubblici.

La discussione sulla materia procede in modo ancora estremamente frammentato e prudente, ma è evidente che qualche soluzione andrà presto trovata, soprattutto considerando la stabilizzazione della quota statale di finanziamento pubblico della sanità al 6% del PIL, a fronte di una spesa sanitaria ammontante a circa l'8,3%, con una quota privata ormai dimensionata attorno ai 50.000 miliardi. Non decidere in questo campo significa rinunciare ad utilizzare in modo integrato e programmabile la disponibilità di spesa out of pocket già espressa dai cittadini, di cui il sistema ha bisogno per trovare un punto di equilibrio meno effimero dell'attuale.

In conclusione, la riflessione che si apre dopo l'accordo dell'agosto 2001 richiede la capacità di esaminare congiuntamente problemi culturali, istituzionali, statutari (delle Regioni), cioè per sintetizzare, di funzionamento della democrazia e del patto sociale nelle società complesse.



**CONSULENZA • FORMAZIONE • CONTROLLO QUALITÀ  
PER I SERVIZI DI PULIZIA**

predisposizione degli elementi e dei criteri di valutazione  
elaborazione griglie di controllo  
gestione del piano di campionamento  
estrazione a sorte dei controlli  
determinazione dei risultati  
elaborazione bilanci statistici dei risultati

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

**BASSONMETRO**  
per la misurazione  
della quantità di polvere  
sullo pavimentazione



**UN SERENO RIPOSO**

**Le ultime novità della Permaflex garantiscono la possibilità di dormire sonni tranquilli su materassi di qualità.**

*Un materasso comodo e confortevole, nel contempo robusto e duraturo è un'esigenza avvertita all'interno di una struttura ospedaliera, da chi vuole offrire un sollievo ai degenti.*

*I nuovi materassi Permaflex della linea Deluxe si presentano ottimali in molteplici circostanze.*

*Grand Deluxe, materasso anatomico a molle in acciaio al carbonio super ortopedico garantisce un sostegno anatomico senza il rischio di affossamento grazie a speciali fasce perimetrali.*

*Special Deluxe, anch'esso a molle in acciaio ortopedico, con doppio strato di poliuretano espanso, garantisce robustezza, convenienza e comfort. Super Deluxe /G, materasso anatomico, ortopedico, con struttura portante in espanso, è fatto per durare nel tempo garantendo massimo relax.*

*Super Deluxe /Mi, a molle in acciaio, rivestite e indipendenti, con doppio rinforzo perimetrale, che garantiscono posizioni di riposo corrette e massimo benessere.*

*Super Deluxe /Mad, anatomico, super ortopedico grazie all'elevato numero di molle per mq, con un triplo spessore di poliuretano espanso capace di offrire massima comodità.*

*Basic, materasso dalle caratteristiche essenziali, a molle in acciaio al carbonio, ortopedico, che offre tutte le garanzie di sicurezza e comfort e i requisiti per l'omologazione in CLASSE 1 IM.*

*Tutti i materassi, rivestiti con trapuntatura ornamentale, hanno un tessuto Jacquard ignifugo e delle barriere antifiamma.*

M.M.



**LEADER ITALIANO DEI SERVIZI**

**Palmar realizza progetti di interventi su misura per le varie realtà, mettendo a disposizione del cliente, in un rapporto di partnership, il proprio know-how, frutto di competenze ultraventennali e di aggiornamento costante.**

*Servizi ambientali integrati: è quanto offre Palmar, l'azienda torinese del Gruppo Onama che, attraverso impegno e determinazione costanti, ha conquistato la leadership nel settore dei servizi per le aziende. In ventisei anni di costante evoluzione, con l'obiettivo dichiarato e perseguito della soddisfazione del cliente, Palmar ha adottato una politica che si propone di offrire risposte a bisogni reali, procurare un vantaggio economico al proprio interlocutore, assicurare benefici che contribuiscano a migliorare la qualità della vita delle persone.*

*L'esperienza e le conoscenze di uno staff di professionisti qualificati consentono la realizzazione di sistemi operativi finalizzati a risolvere con efficacia ed efficienza qualsiasi problema di gestione ambientale. La progettazione di interventi su misura, la gestione delle risorse in relazione alle diverse realtà, il rispetto delle esigenze aziendali, l'individuazione di potenziali sinergie, rendono Palmar il partner ideale al raggiungimento degli obiettivi concordati.*

*Dalle pulizie civili alla gestione delle aree verdi, ampio è lo spettro dei servizi che Palmar è in grado di garantire, anche attraverso progetti "chiavi in mano". Le pulizie e le sanificazioni ospedaliere sono una branca d'eccellenza, che utilizza tecnologie avanzate, personale altamente qualificato, costantemente aggiornato attraverso corsi di formazione mirati. Lo hanno sperimentato con successo, tra gli altri, l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino e l'Istituto per la Ricerca e la Cura del Cancro di Candiolo, che hanno sperimentato l'affidabilità di Palmar. Affidabilità, che, in aggiunta al Sistema Qualità ISO 9002 e al Sistema di Gestione Ambientale ISO 14001, è stata certificata da Dun & Bradstreet Rati 1, ossia al massimo livello.*

N.B.



**LIDI-MED**

*Il nuovo marchio per la nuova divisione medical devices...*



Lidi Service, società storica nel settore delle lavanderie industriali, ha creato la nuova divisione "Medical Devices".

Ciò che si propone "Medical Devices", oggi leader nella fornitura di kit sterili per campo operatorio in tessuti hi-tech riutilizzabili, è di andare oltre il semplice rapporto fornitore-cliente.

L'esperienza maturata da Lidi Service, in oltre 40 anni, come azienda fornitrice di servizi per la sanità, quali la gestione della

logistica interna (dalla consegna alla gestione dei magazzini presso il cliente) di un'ampissima gamma di prodotti (prodotti di consumo, documentazione sanitaria, dispositivi medici, dispositivi tessili), rappresenta per il cliente una importante fonte di innovazione per un'efficiente ed efficace gestione globale di tutti quei processi aziendali, accessori e complementari, alla cura del paziente: Lidi Service è un consulente di fiducia, risolutore di problemi gestionali a tutto campo.

Il "consulente di fiducia", Lidi Service oggi completa la sua gamma con la creazione di un'organizzazione di persone specificatamente addestrate ed esperta, nella gestione dei processi di fornitura di prodotti e di organizzazione di risorse della sala operatoria.

Il servizio proposto dalla Lidi-Med va dalla fornitura di kit sterili del tipo "custom pack" (tutto il necessario per l'intervento in un unico pacco e su misura per il cliente), alla logistica integrata di distribuzione di prodotti per sala operatoria, fino alla gestione interna presso le strutture sanitarie, delle centrali di sterilizzazione:

La nostra scelta: i tessuti hi-tech in trilaminato in alternativa alla carta (prodotti monouso) ed al cotone.

I tessuti hi-tech rappresentano:

- un'innovazione tecnologica rispetto al cotone in quanto più efficienti per quanto riguarda l'inerzia chimica, l'effetto barriera per batteri e virus, consentendo una totale impermeabilità ai liquidi e nessuna emissione di particelle, importante veicolo di trasmissione delle infezioni;
- un'innovazione di comfort per gli operatori, di sicurezza (i camici riutilizzabili sono conformi come D.P.I alle disposizioni della direttiva 89/686/CEE) di salvaguardia dell'ambiente rispetto ai prodotti monouso, ed infine, ma non ultimo per importanza, un risparmio di costi: l'utilizzo di kit sterili per campo operatorio in tessuti hi-tech comporta una spesa decisamente inferiore rispetto all'utilizzo di articoli monouso.

Le principali referenze:

Azienda Sanitaria di Bressanone (BZ), Azienda Ospedaliera Policlinico S.Orsola (BO), A.S.L. 10 Pinerolo (TO), A.S.S. 5 "Bassa Friulana" (UD), A.U.L.S.S. 21 Legnago (VR), A.O. Torrette - Umberto I (AN), "Villa Maria Cecilia Hospital" (RA).

G.A.





**PROSEG**  
ITALIA

**SALONE  
PROFESSIONALE  
DEL FACILITY  
MANAGEMENT E DEI  
SERVIZI GENERALI.**

Le soluzioni integrate  
per i servizi alle  
imprese si mettono  
in mostra:

**TORINO  
LINGOTTO FIERE**

**18/20  
SETTEMBRE 2002**



Oggi, per le Aziende di produzione o di servizi è sempre più importante concentrarsi sulle proprie attività prioritarie. La specializzazione diventa dunque una reale opportunità per ottenere i risultati migliori, in minori tempi e con minori costi.

Per questo è vantaggioso affidare la gestione dei servizi generali ad imprese specializzate: dalla manutenzione di servizi informatici, dal riscaldamento alla ristorazione, dai trasporti alle pulizie ed altro ancora.

A Proseg Italia vi attendono le aziende più qualificate con le soluzioni migliori per razionalizzare le Vostre attività.



**ANIOXYDE 1000:  
UN'ALTERNATIVA ALLA GLUTARALDEIDE  
PRESENTATA DA AIR LIQUIDE SANITÀ  
(prodotto da Laboratoires ANIOS)**

Anioxyde 1000 è un disinfettante di alto livello (o sterilizzante chimico a freddo) dei dispositivi medici, derivante dal sistema PHERA®. Questo prodotto è il risultato di una produzione estemporanea di acido peracetico in ambiente liquido, partendo dall'acetilcaprolattame (l'attivatore) unito al perossido di idrogeno/ione perossidrilico (il generatore).

Il sistema PHERA® è una Peridrolisi Estemporanea del Radicale Acetile dell'acetilcaprolattame. Il sistema PHERA® è una produzione controllata di acido peracetico partendo dall'acetilcaprolattame; questo determina due vantaggi principali:

- il pH della soluzione è vicino alla neutralità (da 7 a 5)
- assenza di acido acetico

**Anioxyde 1000: un disinfettante in conformità con i test regolamentari in vigore**

Commercializzato da più di 3 anni, ANIOXYDE 1000 è stato riconosciuto come l'alternativa alle soluzioni di glutaraldeide, per l'ottima accettazione da parte dell'utilizzatore.

**Il disinfettante:**

- ha un alto livello di efficienza antimicrobica
- non fissa le proteine
- limita le emanazioni di molecole chimiche
- consente il controllo dell'alterazione dei metalli e dei materiali sintetici
- consente di avere una migliore tolleranza per l'utilizzatore.

**Un disinfettante antimicrobico di alto livello**

**Un controllo dimostrato delle emanazioni**

L'acido peracetico che costituisce l'ANIOXYDE 1000 non può essere considerato sensibilizzante (direttiva 88/379/CEE – annesso 1). ANIOXYDE 1000 rappresenta una reale alternativa alle soluzioni di aldeidi e soprattutto alla glutaraldeide.

**Un controllo provato della corrosione**

ANIOXYDE 1000 è stato testato nei laboratori secondo i metodi classici NFS 94 402-1 o secondo le ultime metodologie di valutazione della corrosione, ossia i metodi elettrochimici.

I numerosi studi di compatibilità con i materiali sin-

tetici hanno dato totale soddisfazione.

Un utilizzo intensivo di ANIOXYDE 1000 con un totale rispetto dell'integrità del materiale endoscopico, costituisce un controllo provato della corrosione.

**I tempi di immersione: un guadagno di tempo**

I Laboratoires ANIOS hanno scelto sin dall'inizio di coniugare efficacia / tolleranza per gli utilizzatori e preservazione dei dispositivi medici.

I tempi di contatto raccomandati per la soluzione di ANIOXYDE 1000 sono:

- 10 minuti per l'attività battericida, virucida, fungicida e Mycobattericida
- 30 minuti per l'attività sporidica.

**Un utilizzo ottimale**

Per ottenere la soluzione pronta all'uso, è sufficiente versare il contenuto del flacone da 50 ml contenente l'attivatore nella tanica da 5 litri di generatore di ANIOXYDE 1000 e travasare quindi la miscela (diventata arancione) nel bagno di disinfezione. La soluzione così preparata è utilizzabile dopo 30 minuti dal momento in cui è stata miscelata. Si ottiene una concentrazione di acido peracetico di 1500 ppm.

**Cartine di controllo per essere sicuri dell'efficacia di ANIOXYDE 1000**

Delle cartine di controllo tarate permettono di valutare la concentrazione di acido peracetico. L'efficacia antimicrobica di ANIOXYDE 1000 è stata dimostrata per concentrazioni di acido peracetico variabili tra 1500 ppm (valore ottenuto al momento dell'attivazione) e 825 ppm (valore limite determinato dai Laboratoires ANIOS), cioè il 55 % del valore iniziale.

La concentrazione di 900 ppm (soglia di reazione delle cartine di controllo) è il valore limite minimo al di sotto del quale i Laboratoires ANIOS raccomandano di cambiare la soluzione (coefficiente di sicurezza di circa 75 ppm).

Secondo le buone pratiche di utilizzo e l'esperienza dei laboratori, un bagno di ANIOXYDE 1000 permette di trattare almeno 50 endoscopi per una durata di utilizzo di almeno una settimana.

**Preservazione dell'ambiente**

Le soluzioni di ANIOXYDE 1000 sono considerate facilmente biodegradabili. Il perossido di idrogeno e l'acido peracetico si degradano molto rapidamente in seguito ad idrolisi e decomposizione in acido acetico, ossigeno e acqua. ANIOXYDE 1000 non presenta rischi di bioaccumulo.

V.B.



**pbi international**

**MONITORAGGIO MICROBIOLOGICO AMBIENTALE IN CAMERA OPERATORIA ED AMBIENTI A RISCHIO INFETTIVO**

*Il più importante scopo di un sistema di ventilazione o condizionamento dell'aria in una camera operatoria, in una unità di trattamento intensivo e di isolamento è quello di mantenere sotto stretto controllo i movimenti dell'aria in modo da ridurre i pericoli per i pazienti ed il personale derivanti da contaminanti, polvere e microrganismi aeroportati. Un sistema di ventilazione di per se stesso non rappresenta pericoli per i pazienti ed il personale, ma possiede la capacità di trasmettere rischi provenienti da altre fonti. Il fatto più grave è che solitamente il pericolo si manifesta quando già molti pazienti sono stati coinvolti patologicamente. I pazienti ed il personale hanno il diritto che un sistema di ventilazione sia stato ideato, installato, messo in funzione e sottoposto a regolare manutenzione secondo standard che garantiscono una corretta funzionalità e completa sicurezza.*

*Il campionatore microbiologico d'aria SAS SUPER 100 HOSPITAL è stato ideato e messo a punto specificatamente per il controllo degli ambienti a rischio del settore ospedaliero. Il Servizio Documentazione della international pbi mette a disposizione degli igienisti industriali, dei microbiologi ambientali, dei Responsabili della Sicurezza e degli infettivologi il Manuale "Il monitoraggio microbiologico ambientale nelle camere operatorie ed ambienti ad alto rischio".*

*Indice del Manuale completo di Procedure Operative Standard:*

- Campionamento microbiologico dell'aria
- Campionamento microbiologico delle superfici
- Campionamento microbiologico delle mani, dei tessuti di indumenti
- Controllo ambientale in caso di epidemia
- Linee Guida per la definizione degli standard di sicurezza e di igiene dei reparti operatori
- Monitoraggio microbiologico dell'aria negli ambienti ad alto rischio
- La ricerca dell'aspergillo in ambienti a rischio
- Ambienti ospedalieri a contaminazione micetica
- Campionamento sequenziale in camera operatoria
- Suggerimenti per l'addestramento all'igiene degli operatori
- L'impiego di formalina e glutaraldeide in sicurezza
- Precauzioni universali

G.A.



Quanto di più vicino alla semplicità e allo stile.



*Pratica, elegante, ispirata. Perché Accende Gas Group è la specialista nel realizzare i luoghi della vita sociale, gli ambienti ad alto comfort dove le persone interagiscono giorno dopo giorno. Ambienti, pareti, tavoli, porte in materiali stratificati, in lacchame, laccati, in vetro opaco, anche per esterni, per rendere questi luoghi sempre accessibili a tutti, testimoni della semplicità e armonia di stile.*



Lo stile della semplicità.

GES GROUP s.r.l. - Strada Bresciana, 14 - 37132 VERONA  
 Tel. +39 045 8605421 - Fax +39 045 8605421  
 www.gesgroup.it - e-mail: info@gesgroup.it



**SEGIL 2000**

SEGIL 2000 è l'ultimo nato nella famiglia dei detergenti di manutenzione del gruppo ECOLAB. Sviluppato nei laboratori di ricerca HENKEL - ECOLAB di Dusseldorf, approda nel mercato Italiano sulla scia di una lunga serie di successi in tutti i paesi europei. SEGIL 2000 è stato inserito nella linea Professional Hygiene ed è destinato alla pulizia di superfici dure resistenti agli acidi, si caratterizza per un pH debolmente acido che evita il formarsi dei sottili films calcarei che riducono la naturale luminosità delle superfici. Particolarmente indicato per la pulizia quotidiana di pavimenti sia porosi che lucidi SEGIL 2000 garantisce un eccellente livello di igiene e pulizia, una gradevole azione deodorante e non necessita risciacquo. SEGIL 2000 è altresì un ottimo detergente mantentore quotidiano dei servizi igienici, piscine, palestre e comunità in genere.

**SEGIL 2000... E' GIA' UNA STORIA DI SUCCESSO !!!**

G.O.

**PROVE CERTE CON BOWIE DICK**

**Il pratico e sicuro sistema HP per rilevare quotidianamente perdite d'aria dalle sterilizzatrici a vapore.**

Sicuro, preciso, pratico affidabile ed economico; è il nuovo metodo che HP ha ideato per la verifica giornaliera della rimozione dell'aria dalle sterilizzatrici a vapore. Si chiama BOWIE DICK TEST CARD, un sistema che grazie a una speciale tessera da inserire in un pratico supporto e da posizionare vicino alla porta della camera permette in breve tempo di conoscere con certezza il risultato. Un sistema Pratico, poiché la card ha le dimensioni di una carta di credito, grazie a una tabella fornita col prodotto si può leggere immediatamente il risultato per mezzo di una tabella colore che non si scolora nel tempo, senza presentare pacchi da svolgere o materiale da smaltire. Un sistema preciso, poiché rileva perdite d'aria da 1/4 di l. al minuto, economico, poiché presenta un ottimo rapporto costo beneficio, ma soprattutto un sistema Sicuro, garantito dall'assoggettamento a norme BS 7720/1994 AAMI-AORN. Inoltre, una volta eseguite le operazioni, è possibile archiviare i dati (le card) nella confezione che può conservare i risultati di due mesi.

S.G.

Udi Service S.p.A.

Via Salaria Roma, 15  
00137 Roma, Italia (06) 7195

Tel: 06/7195195  
Fax: 06/7195196  
Email: info@udimed.it  
www.udimed.it

divisione  
**medical devices**

- Fornitura di kit sterili per chirurgia operatoria completa di accessori per interventi;
- Logistica integrata di distribuzione di prodotti per sala operatoria;
- Gestione centrali di sterilizzazione presso le strutture sanitarie.



MOSTRA-CONVEGNO  
**EUROSALUTE®**  
RICERCA • TECNOLOGIA • MANAGEMENT PER LA SALUTE

**A MOSAN EUROSALUTE 2002, IL 6 E 7 NOVEMBRE, UN CONVEGNO INTERNAZIONALE SU BIOTERRORISMO: A CHE PUNTO È LA PREVENZIONE?**

**Un confronto tra le Regioni d'Europa e i governi centrali per fare il punto sui piani di prevenzione e d'intervento e per lanciare la proposta di costituzione di un network europeo sull'emergenza.**

*Le minacce del terrorismo internazionale - che l'11 settembre ha dimostrato la propria capacità distruttiva - vanno prese molto sul serio e rischiano di incombere per anni sulla testa di tutti i cittadini. Anche l'Italia potrebbe essere chiamata prima o poi ad affrontare "azioni di bioterrorismo" che, per quanto isolate, rischiano di seminare il panico tra la popolazione, che da tempo ha dimenticato parole come antrace, carbonchio, botulino, vaiolo, peste, ecc. Se è vero che il Ministero della Salute ha definito un Piano di prevenzione e di intervento anti-bioterrorismo - allertando le aziende farmaceutiche perché assicurino la disponibilità di medicinali, anche riprendendo la produzione di vaccini sospesa da tempo - è altrettanto vero che sono i governi locali - più vicini alle esigenze delle singole popolazioni - il più valido supporto nell'applicazione delle misure d'emergenza e nella determinazione di parametri ottimali per l'attività di prevenzione e di informazione al cittadino.*

*Per un confronto - che da un lato stimoli una fattiva collaborazione fra le Regioni europee e i Governi centrali dei rispettivi Paesi, e dall'altro consenta una verifica stringente di quanto è stato finora concretamente realizzato - mosanEUROSALUTE, nell'ambito del Summit Annuale per la Sanità e le Politiche Sociali delle Regioni Europee, organizza un Convegno Internazionale sul Bioterrorismo, per affrontare questo tema, per raccogliere proposte e progetti, per offrire una panoramica di riferimento e lanciare la proposta di costituzione di un network europeo sull'emergenza bioterrorismo e sullo studio di forme ottimali di intervento. Il Convegno - al quale interverranno rappresentanti del governo statunitense, del governo italiano e delle varie regioni europee, esperti della Protezione civile e studiosi di laboratorio, giornalisti di vari media - si svolgerà il 6 e il 7 novembre in Fiera Milano, nell'ambito della quinta edizione di mosanEUROSALUTE, Mostra-Convegno su Ricerca, Tecnologia, Management per la Salute.*

*Tra i temi in programma: il ruolo dei governi centrali e locali, la percezione del rischio da parte delle popolazioni, il ruolo dei media nell'informazione e nell'amplificazione del messaggio.*

*Per saperne di più : [www.mosan.it](http://www.mosan.it).*

*General Secretariat: Assoexpo - Via Domenichino, 11 - 20149 Milano- tel. 02 4815541- fax 02 4980330- e-mail: [assoexpo@assoexpo.com](mailto:assoexpo@assoexpo.com)- <http://www.assoexpo.com>*

*Project Management: Up Service - Via E.Pagliano,3- 20149 Milano—tel. 02 437983/4694863- fax 02 460136- e-mail: [upmilano@upservice.com](mailto:upmilano@upservice.com) - <http://www.upservice.com>*

*Press Office : Dragonetti e Associati: tel 02 4802.2325 fax 02 4802.2328 e-mail [montefusco.rpdragonetti@virgilio.it](mailto:montefusco.rpdragonetti@virgilio.it) N.B.*

**UN SICURO COMFORT**

**Per la sala operatoria Kimberly-Clark ha realizzato camici e teli che proteggono senza sacrificare il comfort**

Sono di alta qualità i camici chirurgici e teli per la copertura del paziente che la Divisione Health Care di Kimberly-Clark produce per il settore medico: uniscono, infatti, un'elevata capacità protettiva al comfort necessario per operare in situazioni così delicate come quelle che si presentano all'interno di una sala operatoria. I camici chirurgici di Kimberly-Clark HC presentano una struttura a tre strati di polipropilene che si oppone al passaggio del sangue, permettendo al contempo un'alta traspirabilità per il comfort dell'operatore. Efficaci anche contro la trasmigrazione batterica e la perdita di particelle, in modo da ridurre il rischio di infezioni post operatorie, i camici sono disponibili in due modelli, standard e rinforzato e in varie misure (Small, Large e Extra Large, corti o lunghi) per soddisfare le diverse esigenze degli operatori. Sempre nella gamma di pro-



dotti per la sala operatoria, Kimberly-Clark HC offre anche U-BAR PACKS, un sistema di teli per la copertura del paziente che garantisce velocità di utilizzo e grande versatilità in tutte le procedure chirurgiche. Realizzato con materiale morbido e drappeggiabile, U-BAR PACKS,

con il suo particolare disegno (brevettato), permette di coprire il paziente in maniera ottimale in qualsiasi modo sia posizionato. Utilizzabile nella maggior parte di interventi di chirurgia, presenta un'area di rinforzo Control Plus che garantisce un perfetto controllo dei liquidi coinvolti negli interventi. Gli adesivi di posizionamento delimitano con sicurezza il campo operatorio (5 cm). Anch'esso realizzato in polipropilene a tre strati, oltre a garantire resistenza alla penetrazione dei fluidi, risulta essere il telo con minor rilascio di particelle, riducendo così il rischio di trasmissione batterica. I camici ed i teli prodotti da Kimberly-Clark HC sono realizzati in conformi-

tà con le nuove normative EN 13795. Per ulteriori informazioni è possibile visitare il sito [www.kchealthcare.com](http://www.kchealthcare.com) o chiamare il numero 02-9254921.

A.C.

## SCOPI DELLA RIVISTA

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

## ISTRUZIONE PER GLI AUTORI

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

## LAVORI ORIGINALI

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

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

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

## LETTERE AL DIRETTORE

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

## BIBLIOGRAFIA

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

### Riviste

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

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

● *Supplementi di Riviste*

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

### Monografia

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

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

## AZIENDE CITATE

### AIR LIQUIDE SANITA'

Via Ciardi 9  
20148 Milano  
Tel. 024021.1  
Fax 024021533  
www.sanita.it.airliquide.com

### ECOLAB

Centro Direzionale Colleoni  
Via Paracelso 6  
20041 Agrate Brianza (Mi)  
Tel. 0396050.1  
Fax 0396050.555  
www.ecolab.com

### HOSPITAL PROGRAMS

Via Val Strona 9  
20137 Milano

Tel. 0259902062  
Fax 025455958  
e-mail: hpitalia@tin.it

### KIMBERLY CLARK

Via della Rocca 49  
10123 Torino  
Tel. 01188141  
n. verde 800804031

### IBHI

Via Donatelli 10  
20090 Segrate (Mi)  
Tel. 0744221020  
Fax 0744229133  
e-mail: ibhibio@inwind.it  
www.ibhibio.com

### LIDI SERVICE

Via Strada Romea 15  
44029 Poerto Garibaldi (Fe)  
Tel. 0533327195  
Fax 0533328139  
e-mail: info@lidiservice.it  
www.lidiservice.it

### MOSAN

Info EXPO - General Secretariat  
Tel. 02815541  
Fax 024980330  
e-mail: assoexpo@assoexpo.com

### PALMAR

Via Pavia 105/h  
10090 Cascine Vica Rivoli (To)  
Tel. 0119552500 r.a.

Fax 0119571077  
e-mail: info@palmar.net  
www.palmar.net

### PBI INTERNATIONAL

Via Novara 89  
20153 Milano  
Tel. 0248779245  
Fax 0240090010  
e-mail: roberto.ligugnana@internationalpbi.it

### PERMAFLEX

Via S. Vitale 35  
40054 Canaletti (Bo)  
Tel. 0516935500  
Fax 0516935566  
e-mail: info@permafex.it



# Disinfection?



...or **ECOLAB**<sup>®</sup>  
disinfection for life?

Leader nella disinfezione dello strumentario chirurgico ed endoscopico e nella disinfezione delle apparecchiature per emodialisi, **Ecolab** è sinonimo di sicurezza di disinfezione assoluta.



**Ecolab**: una gamma innovativa di prodotti e metodologie in grado di rispondere a tutte le necessità di disinfezione ospedaliera.



**Ecolab**: disinfezione in cassaforte!



## **ECOLAB**<sup>®</sup>

Centro Direzionale Colleoni  
Via Paracelso, 6  
20041 Agrate Brianza (MI)

Tel. 039 6050.1 Fax 039 6050.555

[www.ecolab.com](http://www.ecolab.com)