

L'OSPEDALE

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



Periodico dell'ANMDO

ASSOCIAZIONE NAZIONALE

MEDICI DIREZIONI OSPEDALIERE

N° 4/03

MANAGEMENT

Analisi dell'attività di una unità operativa di lungodegenza attraverso l'uso della scheda di dimissione ospedaliera

GESTIONE

Attività di controllo della ASL 8 di Cagliari sui ricoveri dell'ospedalità privata dal 1997 al 2002

ORGANIZZAZIONE

L'organizzazione dipartimentale nelle aziende sanitarie della regione Piemonte

LEGISLAZIONE SANITARIA

Panorama normativo sui prelievi d'organo

IGIENE E SICUREZZA

Nuove attualità delle epidemie infettive: la Sars come problema sanitario, economico e sociale

LINEE GUIDA

Le malattie alimentari: se le conosci...

ANMDO NEWS

ORIZZONTI



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

La disinfezione del terzo millennio



International Medical Service

IMS srl - Via Laurentina, 189 - 00040 Pomezia (Rm) - Italy
Tel. + 39 06 9145399 (r.a.) - Fax + 39 06 9146099
www.imsonline.it E-mail: ims@imsonline.it



SOMMARIO

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz - Anno LVI - Numero 4 Ottobre-Dicembre 2003

Direzione, Amministrazione, Redazione e Pubblicità
EDICOM s.r.l.
Sede legale: via Zavanasco, 2
20084 Lachiarella (MI)
Sede operativa:
Via Alfonso Corti, 28 - 20133 Milano
tel. 02 70 63 36 94- 70 60 21 06
fax 02 70 63 34 29
e-mail: info@gsanews.it
http://www.gsanews.it

Direttore responsabile: Ilva Gottardi

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

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

Hanno collaborato
N. Alvaro, G. Balzarro, I. Castaldini, R. Casagrande, F. Casassa, G. Cavazza, E. Colzani, C. Del Giudice, G. Farrauto, G. Finzi, R. Giovanna, L. Grazia, I. Grossi, W. Longanella, L. Mavilla, P. Marani, N. Manoni, M. Montemurro, C. Pasquarella, A. Protonotari, A. Renopi, M. G. Risi, R. Sais, A. Sarti, N. Sabbatini, C. Signorelli, M.T. Tiroto

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

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

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

© Copyright EDICOM s.r.l. - Milano

Testata volutamente sottoposta a certificazione di tiratura e diffusione in conformità al Regolamento C.S.S.T. Certificazione Stampa Specializzata Tecnica per il periodo:
01/01/2002 - 31/12/2002
Tiratura media: N. 5250 copie
Diffusione media: N. 5025 copie
Certificato CSST N.2002-538 del 21 Febbraio 2003
Società di Revisione: CONSULAUDIT
Tiratura del presente numero: 5.500 copie
ASSOCIATO A:

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



"Ai sensi dell'art. 2 comma 2 del codice di deontologia relativo al trattamento dei dati personali nell'esercizio dell'attività giornalistica, si rende nota l'esistenza di una banca-dati personali di uso redazionale presso la sede di Via Alfonso Corti, 28 - Milano. Gli interessati potranno rivolgersi al responsabile del trattamento dei dati sig. ra Barbara Amoruso presso la sede di Milano Via Alfonso Corti, 28 per esercitare i diritti previsti dalla legge n. 675/96"



In copertina:
Ospedale San Bassiano -
Bassano del Grappa (VI)

EDITORIALE

5

MANAGEMENT

Analisi dell'attività di una unità operativa di lungodegenza attraverso l'uso della scheda di dimissione ospedaliera

6

GESTIONE

Attività di controllo della ASL 8 di Cagliari sui ricoveri dell'ospedalità privata dal 1997 al 2002

16

ORGANIZZAZIONE

L'organizzazione dipartimentale nelle aziende sanitarie della regione Piemonte

24

LEGISLAZIONE SANITARIA

Panorama normativo sui prelievi d'organo

36

IGIENE E SICUREZZA

Nuove attualità delle epidemie infettive: la Sars come problema sanitario, economico e sociale

42

LINEE GUIDA

Le malattie alimentari: se le conosci...

48



54

RUBRICHE

ORIZZONTI

62



Il valore di chi ci sorregge.



DIVISIONE: SANIFICAZIONE E IGIENE

...adesso tocca a voi.

Congresso di Tirrenia: governo clinico e rinnovo cariche associative ANMDO

Nei giorni 22-24 ottobre 2003 si è svolto, a Tirrenia (PI), il Congresso ANMDO dal tema "Il Governo Clinico delle Direzioni Sanitarie". Data la particolare attualità dei temi trattati, la qualità dei relatori ed il buon supporto organizzativo-logistico, l'evento scientifico, con 450 partecipanti durante le tre giornate, ha avuto un grande successo. Noto è stata la partecipazione alla sessione educativa "Le grandi epidemie del XXI secolo", al workshop sulla "Qualità dell'acqua" ed alla sessione educativa "Project Financing". I relatori, trattando la complessa tematica da vari punti di vista, hanno evidenziato che nel nostro Paese, come peraltro in altri paesi ad elevato livello socio-culturale, non è sempre garantito un adeguato livello di qualità e di sicurezza. Ecco quindi la nuova sfida del "governo clinico" che si realizza nell'esercizio delle responsabilità, del miglioramento continuo dei servizi erogati e nella salvaguardia di elevati standard assistenziali da parte dei professionisti e dell'organizzazione. L'adozione e la traduzione del concetto di governo clinico nell'ambito nazionale italiano deve rappresentare il tentativo di creare una nuova cultura dell'organizzazione e del sistema di operare in grado di realizzare una stretta interconnessione fra i processi per il miglioramento continuo della qualità assistenziale e l'erogazione dei servizi sanitari. Ne risulta, quindi, la necessità di acquisire strumenti e metodologie che rendano possibile una lettura della pratica clinica e l'utilizzo di indicatori atti a valutare i processi e gli esiti delle funzioni assistenziali. Operativamente, il governo clinico va quindi inteso come la costruzione delle appropriate relazioni funzionali tra le diverse componenti delle aziende sanitarie con responsabilità cliniche ed organizzative.

La responsabilità del governo clinico complessivo a livello aziendale spetta al Direttore sanitario, coadiuvato dai Direttori medici delle articolazioni aziendali.

In occasione del Congresso è stato nominato il nuovo Consiglio Direttivo composto da: Gianfranco Finzi (Presidente), Ugo Luigi Aparo (Vicepresidente con delega scientifica), Ugo Podner Komarony (Vicepresidente con delega sindacale), Francesco Longanella (Vicepresidente con delega organizzativa), Antonio Biamonte, Antonio Cavoli, Giovanni Dal Pozzolo, Carmelo Del Giudice, Antonio Montanile, Gabriele Pelissero, Giuseppe Schirripa, Domenico Stallieri, Graziano Turchi (Componenti). Karl Kob è stato nominato Segretario generale della Segreteria scientifica ed Alessandro Rampa Segretario generale della Segreteria sindacale. Il Presidente, Gianfranco Finzi, in una lettera trasmessa a tutti i soci ANMDO ha comunicato il suo personale impegno per quanto concerne il rispetto dei punti del programma d'azione del nuovo Direttivo, illustrati durante l'Assemblea: revisione dello Statuto attraverso la nomina di una apposita commissione; decentramento con regionalizzazione di varie funzioni, in particolare dell'attività sindacale; valorizzazione e salvaguardia dell'attività professionale degli iscritti con l'istituzione anche di un apposito ufficio legale, maggiore coinvolgimento dei giovani associati, potenziamento delle attività scientifiche e culturali con particolare attenzione alle problematiche relative alla nostra professione, tenendo anche conto degli indirizzi ECM; istituzione di nuove modalità per una completa diffusione della comunicazione anche attraverso la creazione di un sito internet nazionale; ulteriore sviluppo della rivista "L'Ospedale" con incremento dei numeri pubblicati annualmente.

La Segreteria scientifica ANMDO, per quanto di sua competenza, garantisce il suo massimo impegno, affinché il programma presentato dal Presidente Gianfranco Finzi venga reso operativo.

La Segreteria scientifica

Karl Kob (Segretario Generale), Ugo Luigi Aparo (Vicepresidente con delega scientifica), Cesare Catananti, Carmelo Del Giudice, Adriano Marcolongo, Gabriele Pelissero (componenti)

Analisi dell'attività di una unità operativa di lungodegenza attraverso l'uso della scheda di dimissione ospedaliera

Adalgisa Protonotari (*), Gabriele Cavazza (),
Ilaria Castaldini (*), Roberto Casagrande (*), Lucia
Grazia (*), Alessandra Renopi (*)**

*(**) Direzione Generale - Azienda Usl Bologna Nord*

() Ufficio di Staff Programmazione e Controllo Sanitario -
e Sistema Informativo Sanitario -
Azienda Usl Bologna Nord*

Parole chiave: Lungodegenza Post-Acuzie, Dimissione
Ospedaliera, Popolazione Anziana
Key words: Long-Term Care, Discharge, Old People

Le Unità di Lungodegenza PARE sono riservate a quei pazienti che, superata la fase acuta del ricovero, data la riduzione delle condizioni di autosufficienza psicofisica, necessitano di una ulteriore permanenza in ambiente ospedaliero, finalizzata al raggiungimento della ripresa funzionale e quindi della maggior autonomia possibile, attraverso interventi diretti non solo alla malattia, ma alla persona nel suo complesso.

Esse nascono quindi dall'esigenza di sviluppare modelli assistenziali più consoni ai bisogni di una parte dell'utenza e compatibili con una razionale gestione delle risorse. Per questo motivo alcuni dei modelli organizzativi proposti per tale funzione tendono a valorizzare le competenze gestionali ed organizzative dell'infermiere, pur mantenendo la responsabilità clinica del medico.

Pertanto in una logica assistenzia-

le dove le condizioni complessive della persona e la stratificazione del bisogno sono centrali rispetto all'organizzazione, le unità Post Acuti - Riabilitazione Estensiva, grazie alla integrazione di più figure professionali e alla forte responsabilizzazione della componente infermieristica, sono in grado di fornire ad alcune tipologie di pazienti la miglior risposta in termini assistenziali, ad un costo sostenibile [1-3].

Obiettivo di questo studio è l'analisi sull'attività della Unità Operativa di Lungodegenza post-acuti del Presidio Ospedaliero della Azienda USL Bologna Nord, a un anno dalla sua attivazione, attraverso l'utilizzo delle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera.

La scelta della SDO come strumento informativo consente di elaborare successivi confronti, suggeriti da una prima analisi, con analoghe strutture della Regione Emilia Romagna [4-9].

Riassunto

Le Unità Operative di Lungodegenza PARE sono strutture nate dall'esigenza di trattare pazienti che, superata la fase acuta, necessitano di un'elevata assistenza infermieristica e riabilitativa per il massimo recupero dell'autonomia, al miglior costo sostenibile. L'analisi condotta su una LDPA, attraverso l'utilizzo delle informazioni contenute nella SDO, diventa uno strumento di programmazione e di possibile confronto con analoghe strutture. I risultati confermano un utilizzo da parte di utenti anziani con pluripatologie, ricoverati urgentemente per un problema acuto e trasferite in LDPA, dove trascorrono mediamente il 58% delle giornate, per il completamento dell'iter riabilitativo.

Summary

The units for long-term care are structures created to meet the demand of treating patients who, after passing the acute phase, require a high nursing and rehabilitation assistance to get to a better condition, at very good costs.

The analysis carried out on one LDPA according to the information contained in the SDO, becomes a programming instrument and it can allow the comparison with similar structures. The results confirm the use of the unit by old people affected by more than one pathology admitted for an acute problem and then transferred to LDPA, where they spend, on average, the 58% of the day to complete their rehabilitating iter.

Il contesto di riferimento

L'Azienda USL Bologna Nord si estende su un territorio di pianura costituito da 20 comuni, con una popolazione residente al 31/12/2001 di 196.393 abitanti. La struttura demografica della popolazione, che ha una crescita tendenzialmente esponenziale, con un aumento del 6,5% rispetto al 1995 e dell'1,5% rispetto al 2000, presenta un progressivo incremento del numero degli anziani e del loro rapporto sul totale dei residenti. L'indice di invecchiamento, che è pari a 20,8%, è, però, leggermente inferiore al valore regionale (22,15%). Dei 40.800 residenti che hanno superato i sessantacinquenni e costituiscono il 9,8% della popolazione.

Il tasso di ospedalizzazione grezzo riferito alla popolazione residente in azienda è pari a 197,83‰ abitanti ed è inferiore al valore regionale che è di 211,13‰; un andamento analogo hanno il tasso di ospedalizzazione degli ultrasessantacinquenni (404,46‰) e il tasso di ospedalizzazione degli ultrasessantacinquenni (490,32‰) che sono inferiori ai tassi calcolati sulla popolazione regionale, rispettivamente di 429,23‰ e di 509,74‰ [6].

Data la consistenza del fenomeno d'invecchiamento della popolazione, il ricorso ai servizi socio-assistenziali è elevato, anche se a livello regionale l'Azienda ha il più basso tasso grezzo di ospedalizzazione per la disciplina Lungodegenza (3,74‰ vs 6,4‰ della RER), così come quello standardizzato (3,84‰ vs 6,09‰). Dei 3,74 ricoveri per mille abitanti, 2,16 sono stati effettuati nella Lungodegenza della nostra Azienda e il restante 1,58 in altre Aziende. Nell'Azienda è presente un Presidio Ospedaliero di 489 posti letto, distribuiti su tre Stabilimenti collocati nei comuni di Bentivoglio, Budrio e San Giovanni. Le funzioni di diagnosi e cura sono articolate su 7 Dipartimenti, a valenza trasversale sui tre ospe-

dali: Dipartimento di Medicina, Chirurgia, Materno Infantile, Geriatria, Emergenza Urgenza, Diagnostica per Immagini, Patologia Clinica. L'Unità Operativa di Lungodegenza Post-Acuti, che è stata aperta nel gennaio 2001, afferisce al Dipartimento di Geriatria ed è suddivisa in due Sezioni collocate rispettivamente presso l'Ospedale di Bentivoglio (22 posti letto) e presso l'Ospedale di Budrio (14 posti letto). Al completamento dei lavori strutturali necessari, verrà attivata anche una Sezione presso lo stabilimento ospedaliero di S. Giovanni in Persiceto. Attualmente il numero di posti letto di Lungodegenza è quindi inferiore rispetto al bisogno stimato, per cui una quota di pazienti probabilmente viene trattata impropriamente all'interno di altre Unità Operative. Questa ipotesi è confermata dal basso Tasso di Ospedalizzazione in Lungodegenza nell'anno 2000 (1,49‰ abitanti), consumato unicamente in strutture extra-Aziendali, in quanto la LDPA in Azienda non era ancora stata attivata.

La scelta di inserire la LDPA nel Dipartimento di Geriatria è dipesa sia alla prevalenza di anziani che avrebbero utilizzato la struttura, sia per non disperdere l'esperienza positiva acquisita negli anni precedenti dai Geriatri nelle Residenze Sanitarie Assistenziali gestite con un modello funzionale di tipo sperimentale simile ad una LDPA. La Lungodegenza PARE si configura come una Unità Operativa Assistenziale nella quale la responsabilità organizzativa e gestionale viene attribuita al personale infermieristico che predispone programmi assistenziali personalizzati, mirati alla soddisfazione dei bisogni specifici di ogni utente e al massimo superamento delle disabilità riscontrate. La Responsabilità clinica fa capo ai medici Geriatri che limitano la loro presenza alle esigenze cliniche rilevate direttamente o segnalate dai Case Manager e dagli infermieri.

Questa modalità organizzativa

determina una grande valorizzazione della professionalità infermieristica, che sovrintende alla conduzione dei programmi assistenziali e costituisce il punto di riferimento per tutte le figure professionali (infermiere, medico, terapista della riabilitazione..) che, con un elevato grado di collaborazione reciproca, integrata ed interattiva, concorrono alla realizzazione del programma clinico, riabilitativo e assistenziale [1-2].

Materiali e metodi

L'analisi utilizza la banca dati della Scheda di Dimissione Ospedaliera della Regione Emilia Romagna, costituita da un insieme di dataset SAS, dalla quale sono state selezionate le sole dimissioni effettuate presso il Presidio Ospedaliero dell'Azienda Bologna Nord, nell'anno 2001, restringendo il campo di osservazione a 482 pazienti che nel loro periodo di ricovero hanno transitato nelle due Sezioni di Lungodegenza oggetto dell'indagine. Le informazioni contenute nella SDO sono state integrate con quelle desumibili dalla banca dati aziendale per la Gestione delle Degenze Ospedaliere e Pronto Soccorso. Nelle elaborazioni si è scelto di considerare le due sezioni complessivamente in quanto, ad un'analisi preliminare, non sono state rilevate differenze significative nel comportamento descrittivo delle variabili della scheda di dimissione ospedaliera.

Per l'analisi descrittiva delle variabili è stato usato il package statistico SPSS versione 10.1.

Risultati

Nel primo anno di attivazione la U.O. di Lungodegenza PARE ha ricoverato 482 pazienti con un tasso di occupazione dei posti letto del 76,97% e una degenza media di 18,98 giorni.

L'età dei pazienti ricoverati risulta significativa. I maggiori utilizzatori hanno mediamente 80 anni con

	Statistica	Errore std.
Media	80,08	.473
Intervallo di confidenza per la media al 95%	Limite inferiore	79,15
	Limite superiore	81,01
Media 5% trim	80,85	
Mediana	81,00	
Varianza	107,831	
Deviazione std.	10,384	
Minimo	17	
Massimo	102	
Intervallo	85	
Distanza interquartilica	11,00	
Asimmetria	-1,763	.111
Curtosi	6,605	.222

Tabella 1 - Età in anni al ricovero

un intervallo di confidenza ridotto ($\pm 0,9$), la classe modale è quella fra 80-90.

L'età mediana dei pazienti risulta di 81 anni, la scatola evidenza come il 50% degli osservati rientri fra i 75-85 anni, la distribuzione risulta simmetrica, ad eccezione di alcuni valori al di fuori dei baffi che corrispondono ad osservazioni "anomale" rispetto alla distribuzione. Si tratta nel 5,6% dei casi di pazienti con età inferiore a 65 anni; una percentuale esigua (1%), ha un'età compresa fra 15 e 44 anni (tab.1 e fig.1).

Le femmine usufruiscono maggiormente dei servizi della lungodegenza (60,6% vs 39,4% - fig.2) e presentano, mediamente, un'età maggiore ($81,55 \pm 1,6$ vs $77,83 \pm 1,1$ con significatività al 95%).

Analizzando la variabile "sesso" per classe d'età l'andamento rispecchia quello naturale demografico, che nell'Azienda vede il rapporto specifico di mascolinità favorevole per gli uomini con meno di 60 anni, per poi diminuire progressivamente nelle classi successive, privilegiando le femmine.

Si è poi analizzato il percorso relativo al ricovero dei pazienti trattati in LDPA. I risultati riscontrati

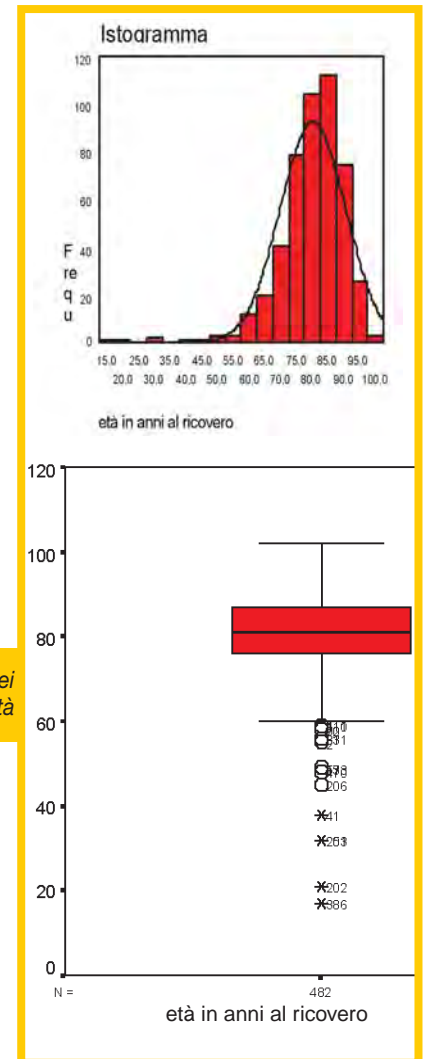


Figura 1 - Box plot e istogramma dei ricoverati in LDPA per età

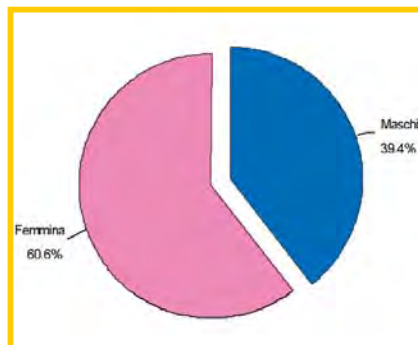


Figura 2 - Composizione per sesso

Reparto di ammissione	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
medicina	278	57.7	57.7
geriatria	70	14.5	72.2
lungodegenza	62	12.9	85.1
ortopedia	41	8.5	93.6
chirurgia	23	4.8	98.3
cardiologia	3	.6	99.0
recupero e riabilitazione funzionale	2	.4	99.4
unità coronarica	2	.4	99.8
urologia	1	.2	100.0
Totale	482	100.0	

Tabella 2 - Pazienti transitati in lungodegenza per reparto di ammissione

Reparto di dimissione	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
LUNGODEGENZA	461	95,6	95,6
MEDICINA	11	2,3	97,9
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	4	.8	98,8
CHIRURGIA	2	.4	99,2
GERIATRIA	2	.4	99,6
UROLOGIA	1	.2	99,8
ORTOPEDIA	1	.2	100,0
Totale	482	100,0	

Tabella 3 - Pazienti transitati in lungodegenza per reparto di dimissione

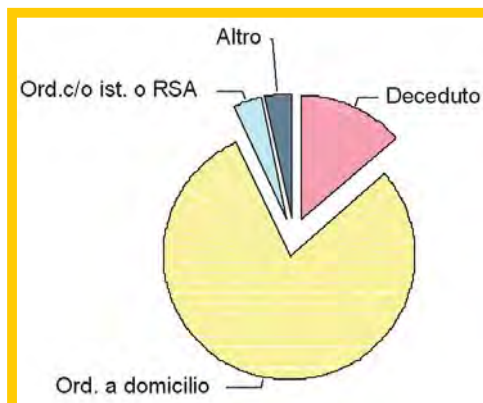


Figura 3 - Modalità di dimissione

al 95% fra la variabile trauma e l'età del ricoverato. Una quota consistente, pari a più di un terzo, non ha riportato alcun tipo di trauma.

Altre variabili esplicative delle caratteristiche dei pazienti ricoverati in lungodegenza sono quelle riconducibili alla diagnosi principale di dimissione. L'analisi sulle

Maior Diagnostic Categories (MDC) evidenzia che l'MDC 23, "Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari", rappresenta un terzo dei ricoverati ed insieme all'MDC 1, "Malattie e disturbi del sistema nervoso", ne raggruppa il 50%. Altre MDC con frequenze che variano, rispettivamente, tra l'11% e il 6% sono quelle dell'apparato cardiocircolatorio, del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo, dell'apparato respiratorio e infine dell'apparato dirigente (tab.4).

Il DRG più rappresentato è la "Riabilitazione", che con 145 casi rappresenta il 30% dei DRG; seguono il DRG "Disturbi Cerebrovascolari Specifici" con 51 casi (10,6%) e il DRG chirurgico "Interventi con diagnosi di altro contatto con il Sistema Sanitario" con 24 casi.

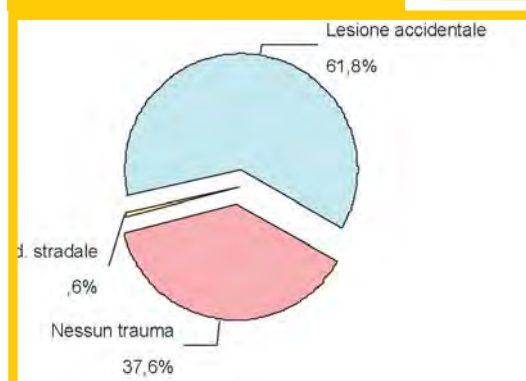
Il 50% della casistica è distribui-

sembrano essere in linea con il carattere proprio della disciplina Lungodegenza, luogo di primo trasferimento da altre U.O. del Presidio Ospedaliero dell'Azienda nel 79,7% dei pazienti e di successivi trasferimenti nel 7,4%; il 12,9% dei pazienti è entrato direttamente in Lungodegenza.

L'analisi della variabile "dipartimento di ammissione" mostra che tra i 482 pazienti con almeno un transito in lungodegenza più della metà, il 59,1%, è stato ricoverato inizialmente nel Dipartimento di Medicina, un quarto nel Dipartimento di Geriatria e la quota restante nel Dipartimento di Chirurgia (tab.2). Scendendo nel dettaglio delle varie Unità Operative presenti nei tre dipartimenti in esame si osserva che è predominante la percentuale di trasferiti dalle Unità Operative di Medicina Generale (57,7%), che, insieme ai trasferiti dalla Unità Operativa di Geriatria, comprendono il 72,2% dei pazienti ricoverati in LDPA.

La tipologia del ricovero prevalente è quella dell'urgenza (all'incirca il 70% degli osservati), mentre i restanti ricoveri sono stati programmati. La modalità di accesso alla struttura ospedaliera più frequente (53,1%) è quella per ricorso diretto, ovvero senza proposta di ricovero formulata da un medico. Il 13,5% dei pazienti è stato inviato dal medico di base, il 13,5% dallo specialista e il 2,3% dalla guardia medica. Il 16,8% è stato tra-

Figura 4 - Tipologia di trauma



sferito da altri istituti sia pubblici che privati. Il 95,6% dei pazienti analizzati (461 casi) è stato dimesso direttamente dalla LDPA, mentre il 4,4% è stato trasferito in un reparto per acuti e da questo dimesso (tab.3).

Tra i pazienti ricoverati la modalità di dimissione prevalente è quella "ordinaria al domicilio" (79%); il 4% è stato trasferito in RSA, il 2% è in dimissione protetta al domicilio, l'1% in altro ospedale per acuti, mentre il 14% dei pazienti è deceduto (fig.3). Alcune informazioni sulla tipologia dei pazienti potrebbero essere ricavate dalla variabile "trauma" (fig.4). Nel 62% dei pazienti ricoverati l'ammissione in ospedale è dovuta a traumi di tipo accidentale, nella quasi totalità dei casi (97%) subiti al domicilio. Analizzando le classi d'età, si nota come l'evento traumatico sia più frequente al crescere dell'età, vi è infatti un'associazione significativa

	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
23 Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi san.	171	35,5	35,5
1 Malattie e disturbi del sistema nervoso	71	14,7	50,2
5 Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	55	11,4	61,6
8 Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connet.	53	11,0	72,6
4 Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	38	7,9	80,5
6 Malattie e disturbi dell'apparato digerente	28	5,8	86,3
11 Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	14	2,9	89,2
19 Malattie e disturbi mentali	12	2,5	91,7
9 Malattie e disturbi della pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	11	2,3	94,0
17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenz.	5	1,0	95,0
7 Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	5	1,0	96,1
12 Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	4	,8	96,9
21 Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	4	,8	97,7
10 Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	3	,6	98,3
18 Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	2	,4	98,8
13 Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	2	,4	99,2
16 Malattie e disturbi del sangue, organi emopoietici e sistema immunitario	2	,4	99,6
3 Malattie e disturbi dell'orecchio, naso, bocca, gola	1	,2	99,8
24 Traumatismi multipli rilevanti	1	,2	100,0
TOTALE	482	100,0	

Tabella 4 - Distribuzione per MDC dei pazienti transitati in lungodegenza

Tabella 5 - DRG più frequenti per i pazienti transitati in lungodegenza

	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
M-Riabilitazione	145	30,1	30,1
M-Disturbi cerebrovasc. specifiche escl. T.I.	51	10,6	40,7
C-Interv, con diag, di altro contatto con S.S.	24	5,0	45,6
M-Insufficienza cardiaca e shock	16	3,3	49,0
M-Sequele malat. app. osteomus. e connettivo	12	2,5	51,5
M-Arresto cardiaco	10	2,1	53,5
C-Int magg. su articolazioni e arti	9	1,9	57,3
M-Polmonite sempl. e pleurite età >17 con C	9	1,9	57,3
N-Neoplasie dell'apparato respiratorio	9	1,9	59,1
C-Int. anca, femore, ex artic. magg. > 17 con C.C.	8	1,7	60,8
M-Disturbi organici e ritardo mentale	7	1,5	62,2
M-Edema polmonare, insufficienza respiratoria	7	1,5	63,7
M-Ulcere pelle	7	1,5	65,1
M-T.I.A. e occlusioni precerebrali	6	1,2	66,4
M-Disturbi dorso	6	1,2	67,7
M-Malattie polmonari cronico-ostruttivo (COP)	5	1,0	68,7
M-Aterosclerosi con C.C.	5	1,0	69,7
M-Neop. rene, vie urinarie con C.C.	5	1,0	70,7
M-Insufficienza renale	5	1,0	71,8
M-Altre diagnosi app. circolatorio con C.C.	5	1,0	72,8
M-Disturbi cerebrovasc, aspecifiche con C.C.	5	1,0	73,9

to su 5 DRG, il 74% su 21 DRG, con una dispersione del restante 26% su altri 77 Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi. Nei primi 10 raggruppamenti sono presenti 3 DRG di tipo chirurgico (tab.5). L'analisi

dei DRG per classe d'età, così come avviene per gli MDC, presenta lo stesso tipo di distribuzione. Inoltre, si osserva che non vi sono differenze significative relativamente all'età media dei ricoverati per ogni

MDC e per ogni DRG.

Esaminando le diagnosi principali si nota come questa variabile presenti una grande dispersione, infatti si va dalla diagnosi più ricorrente che è "Altra Fisioterapia", che com-

prende il 34% dei casi e rappresenta la diagnosi a maggior frequenza in tutte le classi d'età ad una distribuzione della restante casistica su più diagnosi a bassa frequenza, con una rilevanza delle "Vasculopatie cerebrali acute" (4%), dei "Postumi delle fratture del collo del femore" (3%), della "Trombosi cerebrale con infarto cerebrale" (3%), dello "compenso cardiaco sinistro" (2.5%) e "dell'Arresto cardiaco" (2%). Analizzando la variabile intervento chirurgico emerge che nell'86% dei ri-

Tabella 6 - Statistiche descrittive per giornate di degenza ospedaliera

	Statistica	Errore std.
Media	33,92	.84
Intervallo di confidenza per la media al 95%	Limite inferiore	32,28
	Limite superiore	35,57
Media 5% trim	32,23	
Mediana	30,00	
Varianza	336,795	
Deviazione std.	18,35	
Minimo	6	
Massimo	181	
Intervallo	175	
Distanza interquartilica	18,00	
Asimmetria	2,336	.111
Curtosi	10,948	.222

Tabella 7 - Statistiche descrittive per giornate di degenza in lungodegenza Post-Acuzie

	Statistica	Errore std.
Media	19,68	.57
Intervallo di confidenza per la media al 95%	Limite inferiore	18,56
	Limite superiore	20,79
Media 5% trim	18,59	
Mediana	17,00	
Varianza	155,837	
Deviazione std.	12,48	
Minimo	1	
Massimo	98	
Intervallo	97	
Distanza interquartilica	12,25	
Asimmetria	1,887	.111
Curtosi	6,510	.222

coverati non è stata effettuata nessuna procedura chirurgica; nel rimanente 14% non si individua una procedura chirurgica a netta prevalenza sulle altre, anche se il 5% può essere ricondotto a procedure di sostituzione dell'anca e il 3% alla riduzione del femore. Tra i 482 pazienti ricoverati in LDPA 109, che rappresentano il 24,7% della casistica in esame, hanno registrato un DRG di tipo omologo, che nel 76% dei casi è complicato. Al primo posto (11%) vi è il DRG "M-Polmonite semplice e pleurite, età>17", seguito da "CC-Interventi anca, femore, ex articolazione maggiore>17 con C.C." (10%) e da "M-Aterosclerosi con C.C." (6%). I pazienti in cura presso la sezione lungodegenza presentano un alto grado di comorbilità, la presenza di pluripatologie a decorso cronico è infatti una tra le principali caratteristiche di tali pazienti. Nel 49% dei casi oltre alla diagnosi principale sono state codificate altre tre patologie, nel 33% altre due, nel 15% una, solo nel 3% dei casi non sono state riscontrate diagnosi secondarie. Analizzando le correlazioni tra le prime due diagnosi codificate, le associazioni più significative sono quelle di "Altra Fi-

sioterapia" che in 42 casi risulta affiancata a "Postumi di fratture del collo del femore" e in 21 casi a "Vasculopatie cerebrali acute, mal definite".

Il peso associato ai DRG oscilla tra i 4 punti del 154 "Intervento esofago, stomaco, duodeno, età>17 con C" e lo 0.4 del DRG 254 "Frattura distorsione stiramento lussazione braccia gamba ex piede>17no cc". Statisticamente essi risultano poco significativi in quanto sono casi isolati; analizzando i DRG con una casistica superiore o uguale a 5 si osserva che il DRG 462 "Riabilitazione", oltre ad essere il più frequente, è anche uno tra i più pe-

santi (1,78 punti per caso trattato).

I pazienti transitati in lungodegenza hanno avuto una degenza media relativa al ricovero complessivo di 34 giorni, dei quali 20, pari al 58% delle giornate, sono stati trascorsi nel reparto di lungodegenza. L'intervallo di confidenza al 95% oscilla fra 32,28 e 35,57 giorni (tab.6). Tuttavia complessivamente la variabilità è elevata, passando da un minimo di 6 giornate ad un massimo di 175, ad indicare un'alta dispersione dei valori. Analizzando la degenza media per sesso non emergono differenze significative. Prendendo in considerazione la sola disciplina in esa-

MDC	Descrizione MDC	Paz.	Gg LDPA	Deg TOT LDPA	Deg med	Deg media	Rap DEG
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	4	116	161	29,0	40,3	72%
24	Traumatismi multipli rilevanti	1	28	39	28,0	39,0	72%
8	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	53	1128	1650	21,3	31,1	68%
18	Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	2	66	98	33,0	49,0	67%
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	171	3404	5155	19,9	30,1	66%
3	Malattie e disturbi dell'orecchio, naso, bocca, gola	1	13	21	13,0	21,0	62%
19	Malattie e disturbi mentali	12	203	350	16,9	29,2	58%
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	14	314	542	22,4	38,7	58%
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	38	654	1159	17,2	30,5	56%
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	2	34	61	17,0	30,5	56%
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	3	29	53	9,7	17,7	55%
5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	55	1057	2052	19,2	37,3	52%
16	Malattie e disturbi del sangue, organi emopoietici e sistema immunitario	2	80	156	40,0	78,0	51%
9	Malattie e disturbi della pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	11	219	439	19,9	39,9	50%
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	71	1229	2483	17,3	35,0	49%
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	28	644	1309	23,0	46,8	49%
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	5	113	231	22,6	46,2	49%
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	4	81	195	20,3	48,8	42%
7	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	5	72	197	14,4	39,4	37%
	Totale	482	9484	16351	19,7	33,9	58%

Tabella 8 – Degenza media per ricovero ospedaliero e nella sola lungodegenza

me risulta che la degenza media è pari a 19,68 giorni con un intervallo di confidenza di $\pm 1,11$ (tab.7), con pazienti che vi hanno trascorso 1 giornata e altri addirittura 98.

E' stata poi indagata la degenza media per singola Categoria Diagnostica Principale e per Raggruppamento Omogeneo ed in quest'ambito sono stati valutati i fuori-soglia.

La permanenza è stata più elevata in LDPA per le MDC "Diagnosi correlate alle malattie e disturbi del sistema riproduttivo maschile" e "Traumatismi multipli" (72% delle giornate), mentre la minima si è avuta nell'MDC "Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas" (37%-tab.8).

Per quanto riguarda i singoli DRG la percentuale di degenza trascorsa nel solo reparto analizzato varia dal 100% al 3% con una casistica estremamente dispersa. Restringendo il campo d'osservazione a quei DRG con più di 5 pazienti l'intervallo si restringe e varia tra il 77% e il 40% (tab.9).

Interessante notare come il DRG medico 462 " Riabilitazione", individui mediamente per i propri ricoverati una degenza pari a 20 gior-

nate che rappresentano il 69% del periodo da essi trascorso all'interno dell'ospedale.

Non emergono differenze significative nella degenza media per MDC e per DRG.

I casi di DRG con una permanenza ospedaliera particolarmente alta (outliers) rappresentano il 53% del totale, di questi il 61,5% risulta anomalo anche prendendo in esame le sole giornate trascorse nella Lungodegenza (tab.10). In particolare si tratta di casi appartenenti al DRG 461, "Intervento con diagnosi di altro contatto" e del 462 "Riabilitazione" seguiti da " Sequele di malattie dell'apparato osteomuscolare e connettivo" per i quali la degenza risulta particolarmente elevata.

Dei 482 pazienti transitati in lungodegenza 26 avevano avuto un precedente ricovero. Tra questi 1 solo è in una fascia temporale ristretta, essendo rientrato il giorno successivo con la stessa MDC. Quattro pazienti sono rientrati dopo una settimana, 6 tra i 15 e 30 giorni e 6

tra 30 e 90 giorni. Dall'analisi delle diagnosi risulta che solo in 4 casi la diagnosi del primo e del secondo ricovero coincidono. Il 50% ha come diagnosi del secondo ricovero "Altra Fisioterapia".

Conclusioni

L'indagine effettuata conferma che le caratteristiche dei pazienti transitati nell'U.O. di Lungodegenza PA-RE possono ricondursi alle categorie di utenti individuate dalla Regione Emilia Romagna e fatte proprie dalla nostra Azienda: - pazienti che superata la fase acuta della malattia, devono comunque permanere in ambiente ospedaliero per stabilizzare il quadro clinico, - che, pur avendo raggiunto un buon compenso clinico, richiedono un trattamento riabilitativo di tipo estensivo per recuperare il deficit funzionale, - che in presenza di polipatologie a decorso cronico e di una compromissione delle capacità funzionali psicofisiche hanno bisogno di un ulteriore periodo di degenza. La nostra lungodegenza infatti è stata utilizzata prevalentemente da pazienti anziani, che nel 50% dei casi ave-

DRG	DESCRIZIONE	casi	Gg LDPA	Deg TOT	Deg media LDPA	Degenza media	Rap
249	M-Sequela malat. app.osteomus. e connettivo	12	237	309	19,8	25,8	77%
243	M-Disturbi dorso	6	164	214	27,3	35,7	77%
462	M-Riabilitazione	145	2835	4114	19,6	28,4	69%
210	C-Int.anca,femore, ex artic.magg.>17 con C.C	8	158	246	19,8	30,8	64%
429	M-Disturbi organici e ritardo mentale	7	103	177	14,7	25,3	58%
82	M-Neoplasie dell' apparato respiratorio	9	147	260	16,3	28,9	57%
209	C-Int.magg. su articolazioni e arti	9	154	274	17,1	30,4	56%
87	M-Edema polmonare,insufficienza respiratoria	7	111	208	15,9	29,7	53%
15	M-T.I.A. e occlusioni precerebrali	6	73	137	12,2	22,8	53%
461	C-Interv.con diag.di altro contatto con S.S.	24	523	984	21,8	41,0	53%
127	M-Insufficienza cardiaca e shock	16	266	513	16,6	32,1	52%
14	M-Disturbi cerebrovasc. Specifiche escl.T.I.	51	939	1889	18,4	37,0	50%
129	M-Arresto cardiaco	10	238	479	23,8	47,9	50%
89	M-Polmonite sempl.e pleurite, eta">17 con C	9	122	263	13,6	29,2	46%
271	M-Ulcere pelle	7	118	298	16,9	42,6	40%
Totale DRG		482	9484	16351	19,7	33,9	58%

vano un'età compresa fra i 75-85 anni e che nel 14% dei casi sono deceduti durante il ricovero. L'87% delle persone transitate in Lungodegenza proveniva da altre Unità Operative, prevalentemente di area medica, con un ingresso di tipo urgente, ad indicare che il problema iniziale era prevalentemente di tipo acuto. Nell'ambito dei trasferimenti da reparti chirurgici l'Ortopedia è l'Unità Operativa che più di altre ha utilizzato l'Unità Post-acute per il completamento dell'iter riabilitativo. Il raggruppamento diagnostico più ricorrente è il DRG "Riabilitazione", che ha interessato il 30% dei dimessi, così come la diagnosi principale più frequente è stata "Altra Fisioterapia". Il 97% dei pazienti presentava una o più patologie secondarie associate alla principale, segno di una compromissione più generale della persona. La degenza media complessiva dei pazienti è stata molto lunga, con una prevalenza delle giornate trascorse in Lungodegenza rispetto al reparto per acuti.

Riteniamo quindi che il modello organizzativo/gestionale che l'Azienda ha scelto per la funzione di Lungodegenza risponda sia alle caratteristiche o ai bisogni clinico-assistenziali dell'utenza che alla necessità di ottimizzare l'uso delle risorse attraverso forme alternative al ricovero in reparti per acuti.

Tabella 9 – Degenza media per DRG con più di 5 ricoverati

Tabella 10 – DRG fuorisoglia per pazienti ricoverati in lungodegenza

		Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulata
Non fuorisoglia	Non fuorisoglia Lungodegenza	225	100,0	100,0
Fuorisoglia	Non fuorisoglia Lungodegenza	158	61,5	61,5
	Fuorisoglia Lungodegenza	99	38,5	100,0
Totale		257	100,10	

Bibliografia

1. A. Santullo, E. Verdini, *Il percorso formativo degli Infermieri Dirigenti per l'attivazione delle unità operative di Lungodegenza post-acute e Riabilitazione estensiva*.
2. G. Mancini, V. Manigrasso, M. Monti, P. Pillastri, D. Tosarelli. *Così è se vi...P.A.R.E ovvero I meccanismi di integrazione in alcuni reparti di lungodegenza post-acute e riabilitazione estensiva. Assessorato alla Sanità, Regione Emilia-Romagna*.
3. Regione Emilia Romagna. *Direttiva per i criteri di organizzazione e finanziamento della funzione di lungodegenza post-acute e Riabilitazione estensiva, nell'ambito della rimodulazione dell'assistenza ospedaliera nelle Aziende sanitarie. Delibera di Giunta n.ro 1455/97 del 28/07/1997*.

4. F. Taroni. *DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali. Prima edizione. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore. 1996*.

5. Azienda USL Bologna Nord. *Relazione Annuale 2001*.

6. F. Taroni, B. Curcio Rubertini. *I Diagnosis Related Groups (DRGs) per la valutazione dell'attività ospedaliera. Bologna: CLUEB Bologna, 1991*.

7. L. Sibaud, A. Gargiulo, F. Cipolla, et al. *Studio pilota sulla casistica di una struttura di lungodegenza. Giornale di Gerontologia, 48/6, 2000*.

8. L. De Benedetti, L. M. Donini, M.R. de Felice, et al. *Indagine conoscitiva sui pazienti ricoverati in una struttura di lungodegenza della regione Lazio nel periodo 1996-maggio 1998. Giornale di Gerontologia, 47/3-4, 1999*.

La prima parte delle Norme Europee su teli, carichi e divise filtro clean air suit è stata approvata in ogni paese della comunità Europea.

Addrittura in anticipo!

Da anni si sa che un numero impressionante di teli chirurgici non proteggono il paziente come dovrebbero. Questo è, infatti, uno dei motivi per cui in Europa un paziente ogni venti contrae un'infezione della ferita chirurgica.

E questo non solo crea ulteriori sofferenze ai pazienti ma moltiplica i costi aggiuntivi per le strutture ospedaliere.

Nel corso degli anni parecchi studi clinici hanno dimostrato che questo problema è legato soprattutto all'uso diffuso di teli e carichi multi-paziente: i tradizionali prodotti in



cotone non saranno più conformi alle Norme esistenti e non potranno più essere commercializzati, mentre altri saranno conformi alle Norme la prima volta che vengono usati, ma il rischio aumenterà ogni volta che gli stessi verranno lavati e sterilizzati.¹⁾

Se volete avere ulteriori informazioni sulla Norme Europea, le possibili implicazioni per il vostro ospedale e su come i prodotti monouso KINODRAPE® e BARRIERE® possano migliorare la sicurezza vostra e dei vostri pazienti, contattateci oppure consultate il sito www.thestandards.mölnlycke.net

Usate ancora
questo
anestetico?



1) The Standard of Quality of Care
Based on Survey Results 2001
2002, 20-21

Mölnlycke
Health Care

Quality in care for quality of life

Per informazioni o per richiedere il catalogo, visitate il sito www.thestandards.mölnlycke.net

Mölnlycke Health Care - Via Marsala, 105 - 21123 GALLARATE (VA)
Tel. 0331 714211 - Fax 0331 701748 - info@mölnlycke.net - www.mölnlycke.net

Attività di controllo della ASL 8 di Cagliari sui ricoveri dell'ospedalità privata dal 1997 al 2002

Riassunto

Scopo del presente lavoro è riportare l'esperienza del controllo svolto negli anni 1997-2002 dal Settore Ospedalità Pubblica e Privata dell'ASL 8 di Cagliari sui ricoveri ordinari erogati dalle 10 Case di Cura accreditate, secondo la disciplina correlata al modello di pagamento a prestazione. Sono state esaminate 190.358 SDO e 52.152 cartelle cliniche (media 27%) ed effettuate 15.681 revisioni (media 30%) che hanno inciso sul fatturato nel 6.4% in media. Sono state rilevate 16.384 anomalie, prevalentemente rappresentate dall'errata selezione della diagnosi principale (27.2%), seguita da ricoveri anomali per durata di degenza (25.4%), da ricoveri impropri (16.8%) e dall'errata attribuzione di diagnosi concomitanti o complicanti (9%). Sono stati evidenziati un incremento del numero dei ricoveri e della spesa sanitaria (62% e 55% rispettivamente), un miglioramento della qualità della documentazione clinica, una riduzione degli errori di codifica (dal 51 al 29%) e delle anomalie per durata di degenza (dal 31 al 17%), mentre sono aumentate le revisioni per ricoveri impropri (dall'8 al 37%). Pertanto è auspicabile che la nostra Regione adotti idonee misure disincentivanti i comportamenti potenzialmente opportunistici e definisca i criteri di ammissibilità al ricovero (PRUO) affinché la funzione di controllo incida positivamente sull'appropriatezza e sulla spesa sanitaria

Summary

The aim of this study is the analysis of inspective activity of the Public and Private Hospitality Group of the ASL 8, Cagliari on the ten Accredited Nursing Homes in its jurisdiction, during the period January 1997 through December 2003, according to Prospective Payment System. 190.358 SDO and 52.152 hospital records (mean 27%) were examined, and 15.681 reviews requested (mean 30%), with reduction turnover of 6.4% on average. 16.384 anomalies were found, concerning incorrect principal diagnosis (27.2%), followed by inappropriate length of hospital stay, (25.4%), by improper use of hospitals (16.8%) and the erroneous attribution of complicated or concomitant diagnosis (9.2%). During the 6 years the hospitalisations and the health expenditure went up by 62% and 55% respectively, whereas qualitative improvements in hospital records, reduction of coding errors (from 51 to 29%) and anomalies concerning length of stay (from 31 to 17%) and increase of improper hospitalisations (from 8 to 37%) were found. Therefore the adoption of regional rules governing opportunistic practices and Managed Care Appropriateness Protocol could be the main instruments to ensure appropriate use of hospitals and manage spending budgets.

**Rossi Giovanna,
Tiroto Maria Teresa,
Sais Rosella**
*Servizio Assistenza
Ospedaliera
ASL 8 Cagliari*

Parole chiave:
Pagamento a prestazione,
Controlli, DRGs, SDO, Case
di Cura Accreditate
Key words:
*Prospective Payment
System, Controls, DRGs,
SDO, Accredited Nursing
Homes*

Introduzione

Il quadro normativo della sanità ha inserito la disciplina dei controlli sulla qualità e appropriatezza delle prestazioni ospedaliere allo scopo di prevenire eventuali comportamenti opportunistici degli operatori e promuovere lo sviluppo del nuovo modello di finanziamento a prestazione.

La nostra Regione ha tuttora in corso l'attivazione di specifici sistemi di controllo esterno e mentre attua lo screening informativo sulle dimensioni della spesa e sulla qualità dei ricoveri, ha affidato alle Aziende USL la responsabilità dei controlli operativi e dei pagamenti agli operatori privati, riservando il proprio intervento ad una successiva fase di verifica.

L' Azienda USL 8 di Cagliari ha nel proprio territorio strutture di va-

TAB.1 ATTIVITÀ DI CONTROLLO DELL'ASL 8 SULL'OSPEDALITÀ PRIVATA NEGLI ANNI 1997/2002

Anno	N° dimessi	N° cartelle verificate (%)	N° casi revisionati (%)	(%) importo recuperato sul fatturato
1997	24.813	7.673 (30%)	2.891 (37%)	9.4%
1998	23.532	7.210 (30%)	2.611 (36%)	8.5%
1999	28.437	7.630 (26%)	1.684 (22%)	5.0%
2000	33.693	7.148 (21%)	1.845 (25%)	3.6%
2001	40.363	9.472 (23%)	2.516 (26%)	5.7%
2002	39.520	13.019 (32%)	4.134 (31%)	7.5%
Totale	190.358 (+ 62%)	52.152 (27%)	15.681 (30%)	
Media/a.	31.726	8.692	2.613	6.4%

riabili dimensioni e con specificità assistenziali diverse, tra cui 10 Case di Cura private accreditate, dotate complessivamente di 946 letti di degenza ordinaria per acuti, per tutte le specialità di base e per le principali branche specialistiche e 139 posti letto per lungodegenza. L'apposito "Settore Ospedalità Pubblica e Privata", inserito nel Servizio Assistenza Ospedaliera della ASL, istituito con compiti di vigilanza sull'erogazione delle prestazioni ospedaliere delle Case di Cura accreditate, ha iniziato ad operare nel mese di ottobre 1996.

Scopo del presente lavoro è quello di riportare l'esperienza del Settore e l'esito delle verifiche effettuate sui ricoveri per acuti nel periodo gennaio 1997 - dicembre 2002, periodo antecedente l'emanazione delle direttive sui livelli essenziali di assistenza.

Materiali e metodi

La funzione di controllo sull'attività di ricovero dell'ospedalità privata accreditata è stata svolta da sei operatori medici coadiuvati da un operatore amministrativo e un informatico.

La metodologia adottata per i controlli è articolata in 6 fasi successive:

- 1) Fase dei controlli logico-formali, su base informatica;
- 2) Fase dei controlli sistematici su tutte le SDO, effettuata dagli operatori sanitari;
- 3) Fase del controllo analitico dei ricoveri in cui siano ipotizzabili comportamenti opportunistici, articolata in più tempi:
 - a) Selezione delle cartelle e richiesta della loro disponibilità per la verifica;
 - b) Verifica delle cartelle presso l'I-

stituto interessato, effettuando una valutazione di merito concernente sia l'appropriatezza del ricovero, sia la corrispondenza delle diagnosi e delle procedure segnalate sulla SDO con quanto attestata nella cartella clinica;

- c) Prove di simulazione, effettuate in sede aziendale utilizzando il DRG-grouper, consistenti nella inversione e/o sostituzione dei codici con altri ritenuti più corretti e nella verifica della congruità del DRG attribuito;
- d) Discussione tra i medici addetti ai controlli ed i referenti di reparto sui casi ritenuti non congrui e verbalizzazione congiunta dell'esito della verifica.
- 4) Fase della rettifica dei risultati anomali: richiesta al Direttore Sanitario della Casa di Cura di modifica delle schede di dimissione e di rinvio alla ASL dei supporti magnetici corretti.
- 5) Fase della liquidazione delle fatture: richiesta di eventuali note di credito sulla fattura mensile emessa dalle Case di Cura per gli importi ritenuti non dovuti a seguito della revisione e successiva autorizzazione alla liquidazione di quanto effettivamente dovuto.

Risultati

Durante gli anni 1997-2002 le Case di Cura private hanno effettuato complessivamente 190.358 ricoveri ordinari (tab.1), con una media di oltre 31.700 ricoveri annui e una tendenza all'aumento progressivo dai 24.813 ricoveri del 1997 ai 39.520 del 2002, pari ad un incremento del 62% rispetto al dato iniziale, dovuto in parte all'accreditamento di una nuova struttura nel 1998.

Dall'esame delle SDO e dei tabulati relativi ai ricoveri suddetti, seguendo i criteri di scelta definiti dalla normativa nazionale, regionale e aziendale, sono state selezionate in totale 52.152 cartelle cliniche, con una media di circa 8.700 cartelle visionate per anno.

TAB. 2 TIPOLOGIA DELLE PRINCIPALI ANOMALIE RILEVATE

Errata selezione diagnosi principale (ESDP)	La condizione morbosa che risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche è diversa da quella indicata nella SDO, essa può comportare l'assegnazione di un DRG più remunerativo o con differente valore soglia
Errata selezione diagnosi secondaria (ESDS)	La patologia indicata come concomitante o complicante non ha avuto influenza sull'impiego di risorse sotto il profilo diagnostico, terapeutico o assistenziale, pertanto non è giustificato il suo ruolo nell'assegnare al DRG la versione "complicata"
Errata selezione del codice di intervento (ESCI)	Il codice di intervento utilizzato non è rispondente alla procedura effettuata o rappresenta un tempo dell'intervento già indicato
Ricovero improprio	Le prestazioni assistenziali sono erogabili ad un regime assistenziale inferiore
Ricovero inappropriato per durata di degenza	Le giornate di degenza non risultano tutte appropriate per cui o non è giustificata l'assegnazione del DRG intero e il ricovero è risolvibile in un solo giorno o non è giustificato il superamento del valore soglia e quindi il pagamento aggiuntivo
Ricovero ripetuto	Artificiosa frammentazione degli iter diagnostico-terapeutici in più ricoveri
Altre anomalie	<ul style="list-style-type: none"> • Ricoveri in branca in cui la Casa di Cura non è accreditata • Ricoveri in acuti pertinenti alla lungodegenza; • Richiesta di tariffa di DS o DH per prestazioni eseguibili in ricovero ordinario di un giorno o in regime ambulatoriale; • Dimissioni e/o trasferimenti ad altri istituti procrastinati oltre la prima giornata, al fine di assicurare la tariffa intera del DRG

I controlli effettuati hanno riguardato il 30% delle cartelle relative agli anni 1997 e 1998, il 26% delle cartelle relative all'anno 1999, il 21% delle cartelle relative al 2000, il 23% di quelle relative al 2001, ed il 32% dell'anno 2002, per una media del 27% annuo.

L'esame delle cartelle cliniche ha permesso di effettuare un totale di 15.681 revisioni, con una media di circa 2.600 schede rettificate per anno, pari al 30% delle cartelle esaminate.

Tale percentuale ha presentato una progressiva diminuzione durante i primi tre anni, passando dal 37% al 22% circa, per aumentare successivamente sino al 31% nell'ultimo anno dello studio.

La tipologia delle anomalie riscontrate è descritta in tab.2.

Per quanto riguarda gli aspetti economici il fatturato è aumentato progressivamente, con un incremento nel 2002 del 55% rispetto al dato iniziale, mentre la percentuale di importo recuperato sul fat-

turato è diminuita dal 9.4% del 1997 al 3.6% del 2000, successivamente è risalita sino al 7.5% del 2002, presentando una media del 6.4%.

Nel nostro studio sono state rilevate complessivamente 16.384 anomalie, la cui tipologia prevalente è descritta in tab.2 mentre la loro presentazione per ciascun anno è riportata in tab.3: si tratta prevalentemente di anomalie singole, e solo in 550 SDO, pari al 3.3% delle revisioni, variamente associate tra loro.

L'ordine di frequenza delle anomalie è rimasto pressoché invariato nell'arco dei sei anni, ad eccezione della errata selezione dei codici di diagnosi e/o di procedura, che è passata dal 50% circa dei primi quattro anni dello studio al 44% del 2001 e al 28% del 2002.

L'*inappropriato* ricorso al ricovero, è stato osservato con una frequenza complessiva del 16.8% che è aumentata dall'iniziale 10% al 37% delle revisioni annuali. I ricoveri indicati come "inappropria-

ti per *durata* di degenza" sono stati rilevati con una media del 25.4% dei casi, ma ridottasi dall'iniziale 31% al 17% delle anomalie.

Limitatamente al quinquennio 1998-2002, sono stati correlati i DRG attribuiti con scelta di codici errata alle *rispettive* MDC (tab. 4): le MDC di tipo medico, con 3.667 revisioni ed una percentuale del 76% hanno prevalso su quelle di tipo chirurgico, rappresentate da 1141 revisioni, pari al 24%; in rapporto alla frequenza sono stati corretti i DRG che rientrano nell'MDC 8-malattie muscolo scheletriche (608 casi, pari al 12%), seguiti dall'MDC 6-patologie gastroenteriche (571 casi, 11%) e dall'MDC 11-patologia nefrourologica (432 casi, 8.9%).

La distinzione tra il tipo medico ed il tipo chirurgico dei DRG sottoposti a revisione mostra per il tipo medico una frequenza simile a quella precedentemente indicata, mentre per il tipo chirurgico al primo posto si colloca l'MDC 6-pa-

TAB.3 DISTRIBUZIONE DELLE ANOMALIE RILEVATE IN 52.152 CARTELLE ESAMINATE NEGLI ANNI 1997-2002

TIPO DI ANOMALIA	1997	1998	1999	2000	2001	2002	TOTALE
ESDP -Errata Selezione Diagnosi Principale	1.121 (37%)	721 (33%)	566 (32%)	584 (29%)	677 (23%)	795 (17%)	4.464 (27%)
ESDS -Errata Selezione Diagnosi Secondaria	187 (6%)	232 (10%)	212 (12%)	267 (13%)	292 (10%)	328 (8%)	1.518 (9.2%)
ESCI -Errata Selezione Codice di Intervento	240 (8%)	121 (5%)	119 (6%)	93 (4%)	150 (5%)	206 (4%)	929 (5.6%)
Ricovero Inappropriato per Durata di Degenza	947 (31%)	853 (39%)	448 (25%)	489 (25%)	635 (22%)	797 (17%)	4.169 (25.4%)
Ricovero Improprio	260 (8%)	75 (3%)	102 (5%)	110 (5%)	495 (17%)	1.720 (37%)	2.762 (16.8%)
Ricovero unico con il precedente o successivo	138 (4%)	102 (4%)	111 (6%)	63 (3%)	81 (2%)	109 (2%)	604 (3.6%)
Altre	130 (4%)	71 (3%)	207 (11%)	350 (17%)	527 (18%)	653 (14%)	1938 (11%)
TOTALE ANOMALIE	3.023	2.175	1.765	1.956	2.857	4.608	16.384
REVISIONI	2.891	2.611	1.684	1.845	2.516	4.134	15.681
Anomalie Associate	152 (5%)	77 (3%)	90 (5%)	77 (4%)	80 (3%)	74 (1%)	550 (3.3%)

tologia gastrointestinale (18%), seguito dall'MDC 9-malattie dermatologiche (14%) e dall'MDC 11-patologia nefrourologica (10%).

Sempre relativamente agli anni 1998-2002, la *correzione della diagnosi principale* è avvenuta tramite utilizzo di codici specifici della patologia in 1.828 casi su 3.343, pari al 54.68%, mentre in 1.515 casi (45.31%) ha comportato la *sostituzione con codici "V"*, i cui DRG sono stati riferiti all'MDC 23-segni, sintomi e riabilitazione; tra i codici V hanno prevalso quelli con attribuzione del DRG 467 (anamnestici), utilizzati in 1378 casi complessivamente, pari al 41.22% delle revisioni delle diagnosi principali. Per quanto riguarda il numero delle correzioni delle versioni complicate dei DRG, il tipo chirurgico è risultato più rappresentato di quello me-

dico, essendo stato revisionato in 426 casi su 1.141, pari al 37%, mentre il tipo medico è stato revisionato in 1191 casi su 3667, pari al 32%.

Discussione e conclusioni

I dati precedentemente esposti sembrano indicare che anche il nuovo sistema di pagamento a prestazione ha mostrato una scarsa capacità di controllo della spesa sanitaria, nella nostra realtà regionale.

D'altra parte l'analisi della letteratura, relativa all'impatto del sistema di pagamento a prestazione sull'attività assistenziale, ha evidenziato come anche negli ospedali USA, che per primi hanno introdotto il PPS (prospective pay-

ment system) nel 1983 (3), l'effetto più precoce è stato rappresentato dall'aumento complessivo del numero dei ricoveri, accompagnato da una riduzione della durata media di degenza (*quicker and sicker*) (7, 2), senza riuscire a raggiungere, durante i primi anni di applicazione del sistema, l'auspicato contenimento dei costi (12, 4).

I risultati della presente ricerca trovano conferma a livello nazionale nei dati della Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, relativi all'elaborazione dei valori della spesa sanitaria negli anni 1995-2001 (1), dai quali si evince che la spesa sanitaria complessiva è cresciuta del 57.5%, in particolare la spesa per l'assistenza ospedaliera convenzionata ha mostrato anch'essa una dinamica ascendente, passando dai 10.707.575 miliardi di li-

TAB.4 MDC RILEVATI IN 4.808 SDO CON ESDP, ESDS O ESCI

MDC	N° casi totali	N° casi chirurgici	N° casi chirurgici complicati	N° casi medici	N° casi medici complicati
1- Neurologia	287	20	0	267	5
2- Oculistica	41	17	2	24	
3- ORL	57	30	0	27	9
4- Pneumologia	151	1	0	150	39
5- Cardiologia	387 (8%)	64 (5%)	4	323 (8%)	188
6- GastroEnterologia	571 (11%)	215 (18%)	112	356 (9%)	202
7- Epatologia	287	25	21	262	94
8- Ortopedia-Reumatologia	608 (12%)	76 (0.6%)	18	532 (14%)	185
9- Dermatologia	254 (5%)	165 (14%)	26	89 (0.2%)	25
10- Endocrino-Metabolico	185	4	0	181	46
11- Nefro Urologia	432 (8%)	115 (10%)	88	319 (8%)	178
12- Genito Urinario	186	75	25	111	73
13- Ginecologia	79	61	9	18	7
14- Ostetricia	71	19	16	52	3
16- Ematologia	140	5	0	135	12
17- OncoEmatologia	229 (4%)	82 (7%)	2	147 (0.4%)	46
18- Infettivologia	28	4	0	24	2
19- Psichiatria	349 (7%)	6 (0.02%)	0	343 (9%)	0
20- Tossico Dipendenze	5	0	0	5	3
21- Traumatismi-Avvelenamenti	27	17	2	10	7
22- Ustioni	1	1	0	0	0
23- Sintomi-Riabilitazione	321 (6.6%)	38 (0.3%)	0	283 (0.7%)	51
24- Traumi Multipli	1	0	0	1	0
25- Infezione da HIV	2	0	0	2	0
DRG atipici	107 (2.2%)	101 (8.8%)	101	6 (0.1%)	6
TOTALE	4.808 (23%)	1.141 (37%)	426 (76%)	3.667 (32%)	1.191

re del 1995 ai 15.526.244 miliardi del 2001, con incremento del 68%.

Il nostro studio ha permesso inoltre di osservare le modifiche nel tempo del tipo di anomalie: nei primi anni dello studio è stata riscontrata una progressiva riduzione sia della percentuale di cartelle visionate (dal 30% al 21%), sia della percentuale delle SDO corrette (dal 37% al 22% circa), dovuta ad una sorta di "curva di apprendimento" degli Istituti di ricovero riferibile alle aumentate conoscenze sia del sistema di classificazione ROD/DRG che della metodologia di verifica.

Risultati simili sono stati riportati in letteratura in altri Paesi, ove il sistema di pagamento a prestazione, durante i primi anni di applicazione, ha fatto registrare errori relativamente grossolani, come la gestione impropria dei dati della scheda di dimissione (10), e successiva-

mente ha fatto emergere comportamenti più sofisticati, che hanno richiesto il rafforzamento della funzione di management (11, 13, 9).

Particolarmente consistente è stato l'incremento dell'inappropriato ricorso al ricovero (dal 10 al 37%), interpretabile quale espressione di una resistenza culturale al cambiamento consentito dalle nuove tecnologie e sancito dalle normative con sempre maggior rilievo.

Analogo significato è attribuibile ai ricoveri anomali per durata di degenza che, con la media del 25.4%, hanno rappresentato un importante motivo di contestazione.

I ricoveri in cui la diagnosi principale è stata corretta con codici V e conseguente attribuzione di un DRG meno oneroso in termini economici sono indicativi di un eccessivo ricorso all'ospedalizzazione, facilitato tuttavia da carenze presenti in al-

tri tipi di assistenza, pertanto giudicati non passibili di annullamento.

Il presente studio ha permesso alcune considerazioni circa l'impatto che il nuovo sistema di finanziamento prospettico ha indotto sulla qualità e sui costi dell'assistenza sanitaria erogata dall'Ospedalità Privata, accreditata con la ASL 8 di Cagliari, negli anni 1997/2002:

- la funzione di controllo svolta dal Settore Case di Cura Private si è tradotta per l'Azienda USL 8 in termini economici nella riduzione del 6.4% in media del fatturato, mentre si è assistito ad un miglioramento della qualità della documentazione dei ricoveri ospedalieri, della qualità della codifica e alla limitazione dei ricoveri impropri;
- la percentuale dell'importo recuperato sul fatturato per effetto della funzione di controllo ha pre-

sentato valori giudicabili non soddisfacenti in termini di efficacia, se correlati all'aumento del 62% dei volumi di attività e del 55% della spesa, soprattutto in considerazione dell'alto numero di revisioni e della relativa percentuale rispetto ai controlli effettuati.

Le esperienze di questi ultimi anni hanno peraltro dimostrato che i provvedimenti più efficaci nel contrastare la crescita della spesa, correlata ad una espansione della domanda sanitaria sempre più complessa ed articolata, sono quelli basati sulla razionalizzazione dell'offerta.

Tali provvedimenti dovrebbero essere accompagnati dalla adozione di misure disincentivanti i comportamenti potenzialmente opportunistici, prevedendo valori standard regionali di accettabilità e applicando le regressioni tariffarie sull'attività complessiva, proporzionali agli scostamenti rilevati, come peraltro previsto dalla Legge 388 del 23/12/2000 (legge finanziaria per il 2001); inoltre dovrebbero essere corredati dalla definizione di criteri regionali di ammissibilità al ricovero quali il PRUO (protocollo di revisione e utilizzo del ricovero ospedaliero) e da interventi di assistenza extraospedaliera, sulla scorta delle conoscenze epidemiologiche e dei bisogni di salute, dando sviluppo all'accoglienza del paziente post-acuto.

Bibliografia

1. Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. *La verità su sei anni di spesa: crescita del 57.5% dal 1995 al 2001. Il Sole 24 ore Sanità* 2003; n.11:18-19
2. Barnum H., Kutzin J., Saxenian H. *Incentives and provider payment methods. Int. J. Health. Plann. Manag.* 1995; 10: 23-45
3. Department of Health and Human Services, Health Care Financing Administration. *Medicare program; prospective payments for Medicare inpatient hospital services. Fed. Regist. September 1, 1983; 48: 39752-890*
4. Feinglass J., Holloway J.J., *The initial impact of the Medicare prospective payment system on us health care: a review of the literature. Med.Care Rev.* 1991; 48: 91-115
5. Hsia D.C., Krushat W.M., Fagan A.B. et Al. *Accuracy of diagnostic coding for medicare patients under the prospective-payment system. N. Engl. J.Med.* 1988; 318: 352-355
6. ISTAT- Istituto Centrale di Statistica *Classificazione delle malattie, dei traumatismi e cause di morte.9° revisione. 1975 Vol 1 e 2 Metodi e Norme Serie C, n.10; Roma*
7. Kosecoff J., Kahn K.L., Rogers W.H. et Al., *Prospective payment system and impairment at discharge. JAMA* 1990; 264: 1980-83.
8. Ministero della Sanità- Dipartimento della Programmazione, *Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche. Versione italiana della ICD-9-CM (International Classification of Disease-9th Revision- Clinical Modification)-1997 Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato Libreria dello Stato* 1998
9. Schoeman J.A., Hayes K.J., Cheng C.M., *Medicare physician payment changes: impact on physician and beneficiary. Health Aff. (Millwood)* 2001; 20: 263-73.
10. Simborg D.W., *DRG creep: a new hospital-acquired disease. N.Engl.J.Med.* 1981; 304: 1602-4
11. Stern R.S., Epstein A.M., *Institutional responses to prospective payment based on diagnosis-related groups. N.Engl.J.Med.* 1985; 312: 621-7
12. Wenneberg J.E., Mc Pherson K., Caper P., *Will payment based on diagnosis-related groups control hospital costs? N.Engl.J.Med.* 1984; 311: 295-300
13. Zucherman S., Feder J., Hadley J. *Hospital responses to Medicare's prospective payment system, Bull.NY. Acad.Med.* 1988; 64: 52-62

PORTE AUTOMATICHE ERMETICHE
 per alta sicurezza
GIREVOLI
 ingombro minimo di soli 80 cm in apertura
SCORREVOLI
 per ospedali, nei Pronto Soccorso
BATTENTE
 per ospedali e alta specialità
 Ponzzi In-It

www.ponzzi-in.it

800 9102
 Via Gramsci, 20/a - 40138 Bologna (Bo) - Italy
 Tel. 051 46 70000 Fax. 051 46 70027
 www.ponzzi.it e ponzzi@ponzzi.it
 Ponzzi In-It è un marchio registrato di Ponzzi In-It S.p.A. - Via Gramsci, 20/a - 40138 Bologna (Bo) - Italy

 **pteexpo**
2004

4^a
**Fiera e
Congresso**

**Tecnologie,
Prodotti e Servizi**
per la

TERZA ETÀ

Verona, 18 - 20 Febbraio 2004



www.pte-expo.com

PTE EXPO - è il momento d'incontro e di confronto tra quanti operano in un settore, la Terza Età, che reclama autonomia e che - grazie anche a questa rassegna - sta creandosi spazi dedicati di sempre maggiore importanza.

Organizzatore

VIA-MARK Srl - via Di Corticella, 295 - I-40138 BOLOGNA - tel. 051 4199011 - fax 051 4199023 - info@via-mark.com

L'organizzazione dipartimentale nelle aziende sanitarie della regione Piemonte

Riassunto

Gli autori esaminano la normativa della Regione Piemonte in tema di dipartimenti soffermandosi, in particolare, sulle scelte regionali rispetto alla definizione di dipartimento, agli obiettivi e alle risorse da assegnare al dipartimento e alle competenze del Direttore del dipartimento. Successivamente presentano e commentano il quadro complessivo dell'organizzazione dipartimentale delle Aziende Sanitarie della Regione.

Summary

The authors examine the Piemonte Region rules concerning the departments and deal, in particular, with the definition, the objectives and the resources to be allocated to the department and with the function of the department's director. They then introduce and expound the overall departmental organization of the regional ASL.

La normativa della regione Piemonte in tema di organizzazione dipartimentale

Il processo di organizzazione dipartimentale nelle Aziende sanitarie piemontesi si è sviluppato in funzione della evoluzione della normativa regionale in materia. Sinteticamente si possono individuare due fasi:

F. Casassa(*), C. Del Giudice ()**

(*) *Direttore Sanitario Azienda Sanitaria Locale 9 di Ivrea*

(**) *Commissario Azienda Sanitaria Locale 9 di Ivrea*

Parole chiave: Organizzazione, dipartimenti ospedalieri, dipartimenti territoriali

Key words: Organisation, hospital departments, territorial department

1°) una prima fase (pre D.Lgs.229/99) durante la quale il processo di organizzazione dipartimentale nelle Aziende Sanitarie piemontesi è stato piuttosto lento e soprattutto incompleto ed è la fase che corrisponde ai primi anni dopo l'aziendalizzazione ('95/'99), durante i quali la Regione Piemonte ha emanato norme di carattere generale sui dipartimenti;

2°) un seconda fase (post D.Lgs.229/99), che viceversa è caratterizzata da uno sviluppo completo del processo di organizzazione dipartimentale ('99/'01), che coinvolge praticamente tutte le Aziende Sanitarie della Regione Piemonte e che corrisponde all'emanazione di norme e indicazioni regionali più complete e puntuali sulle modalità di individuazione e di funzionamento dei dipartimenti.

I provvedimenti normativi più significativi della prima fase sono i seguenti:

- legge regionale del 24 gennaio 1995, n.10 "Ordinamento, organizzazione e funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali";
- D.G.R. del 18 settembre 1995,

n.69-1458 "Adozione in via definitiva delle Direttive generali sull'organizzazione delle Aziende Sanitarie";

- legge regionale 12 dicembre 1997, n.61 "Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario regionale per il triennio 1997-1999";
- D.G.R. 21 dicembre 1998, n.27-26318 "Legge regionale n.61/97: deduzioni regionali e controdeduzioni aziendali, linee guida per l'attuazione dell'art.10".

In sintesi, in questi provvedimenti, viene prevista una revisione dell'assetto organizzativo dei presidi ospedalieri che non devono essere più articolati in divisioni, servizi e sezioni ma bensì in aree omogenee e dipartimenti. In questa fase, l'atteggiamento della Regione Piemonte è ancora molto prudente nel senso che gradualmente introduce il concetto di dipartimento e allo stesso tempo ne definisce il carattere ancora sperimentale.

Il passaggio alla 2° fase, quella di realizzazione dell'organizzazione dipartimentale delle Aziende Sanitarie piemontesi, è stato sicuramente determinato dal D.Lgs.229/99, che al-

l'art.3 (*Organizzazione delle Unità sanitarie locali*) prevede l'adozione dell'atto aziendale. Ai sensi di questo articolo, la Giunta della Regione Piemonte ha adottato la D.G.R. dell'11 dicembre 2000, n.80-1700: "Art.3, comma 1-bis del D.Lgs.502/92 e s.m.i.. Principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale ed il funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali."

Di fatto, è la norma che ha avviato il processo di costituzione dei dipartimenti nelle Aziende Sanitarie Piemontesi perché da un lato ha assunto carattere impositivo nel senso che stabilisce che l'atto aziendale deve essere adottato dal Direttore Generale entro 60 giorni dall'esecutività del provvedimento, dall'altro perché vengono definiti i principi, i criteri ed i contenuti dell'atto aziendale (allegato A) e i principi e i criteri di organizzazione delle Aziende sanitarie regionali (allegato B). E' quindi un atto normativo comprensivo di tutti quegli elementi sul dipartimento (linee-guida per l'individuazione, compiti e attività, ruolo del direttore e del comitato, risorse da assegnare ecc.) che erano fino ad allora mancati alle Aziende per avviare una concreta riorganizzazione in senso dipartimentale.

Si tratta di una delibera piuttosto corposa per cui ci soffermeremo soltanto sui passi più significativi. Innanzitutto, occorre sottolineare che la Regione Piemonte, nel definire le linee guida dell'organizzazione dipartimentale, ha optato per un approccio di tipo più "orientativo" nel senso che ha lasciato alle singole Aziende ampi spazi di azione nell'individuare modelli di funzionamento differenti e maggiormente adeguati alle loro esigenze organizzative e alle loro specificità.

Una prima dimostrazione di questo approccio regionale è contenuta già nell'Allegato A) della D.G.R. che tratta dei "Principi, criteri e contenuti dell'atto aziendale"; infatti, tra le altre, si legge la seguente affermazione:

"Per quanto riguarda i criteri per la definizione dell'atto aziendale e relativi contenuti, si precisa che l'indi-

viduazione dei dipartimenti deve essere effettuata tenendo conto delle peculiarità organizzative, territoriali ed economiche, evitando, in ogni caso, la costituzione di dipartimenti nei quali confluisca una sola struttura complessa; e che, inoltre, deve essere precisata nell'atto aziendale la tipologia dei dipartimenti costituiti, le connessioni organizzative fra le strutture del dipartimento, tra i dipartimenti e gli altri livelli organizzativi."

Dalla lettura di questa affermazione, appare chiaramente privilegiata l'ottica "contestualizzata" cioè l'atteggiamento regionale è quello di lasciare alle Aziende una sostanziale autonomia organizzativa e quindi la scelta di individuare le soluzioni che meglio rispondono alle esigenze e alle caratteristiche della loro organizzazione.

L'"imposizione" regionale, se così si può definire, si limita a richiedere alle Aziende di specificare e di motivare le scelte organizzative effettuate.

Questo atteggiamento di tipo "orientativo" della Regione Piemonte viene riconfermato anche nel capitolo sulle modalità d'identificazione delle strutture semplici e complesse, ed in particolare nel paragrafo dedicato alla funzione della Direzione Sanitaria dei presidi riuniti, che recita:

"La Direzione Sanitaria dei presidi riuniti si configura ordinariamente in modo unitario come struttura complessa. Le diverse sedi ospedaliere potranno articolare la medesima funzione in strutture semplici aggregate alla direzione sanitaria unica di presidio. La dimensione dei presidi ospedalieri, la complessità e rilevanza delle funzioni attribuite, con particolare riferimento alla presenza del DEA, potranno giustificare la configurazione delle Direzioni Sanitarie di singoli presidi quali strutture complesse. Nel caso, la funzione di coordinamento tra le strutture complesse è assicurata dal Direttore Sanitario d'Azienda."

Possiamo anticipare che la maggior parte delle ASL dotate di più presidi ospedalieri ha optato per l'indi-

viduazione di una sola struttura complessa di Direzione sanitaria dei presidi riuniti ma altre Aziende come ad esempio l'Azienda Ospedaliera S.Anna-Regina Margherita ha operato una scelta diversa: infatti, in base alla complessità e al livello di specializzazione dei due presidi, uno ostetrico-ginecologico e l'altro pediatrico, ha ritenuto necessario e funzionale individuare due strutture complesse di Direzione sanitaria, una per presidio.

Per esaminare più approfonditamente le scelte regionali in riferimento alle linee guida per l'organizzazione dipartimentale, è necessario addentrarci nell'Allegato B) della D.G.R. citata, che contiene appunto i "Principi e criteri per l'organizzazione e il funzionamento dei dipartimenti". In particolare, ci soffermeremo sulla definizione, sugli obiettivi, sulla tipologia, sul ruolo del direttore e del comitato e, infine, sulla risorse da assegnare al dipartimento.

A. Definizione di dipartimento e individuazione degli obiettivi

Per quanto riguarda la definizione di dipartimento, è stata adottata quella redatta dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR, 1997):

"Il Dipartimento è costituito da strutture omogenee, omologhe, affini o complementari che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale. Le strutture costituenti il Dipartimento sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale, volta a dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati. A tale fine adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico ed economico."

mentre gli obiettivi che la Regione Piemonte intende perseguire attraverso la realizzazione dell'organizzazione dipartimentale sono i seguenti:

- "la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei posti letto, dei materiali di

consumo e dei servizi sanitari intermedi;

- il miglioramento dell'efficienza gestionale dei processi di coordinamento e di controllo, della qualità delle prestazioni erogate, del livello di umanizzazione delle strutture interne al singolo Dipartimento, del rapporto tra direzione generale e direzione delle singole strutture;
- il miglioramento e l'integrazione dell'attività di formazione e aggiornamento;
- la razionalizzazione e lo sviluppo dei percorsi diagnostici e terapeutici e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale anche all'esterno dei Dipartimenti".

Sulla base della definizione di dipartimento e delle sue finalità, la Regione Piemonte ha scelto quindi la strada di un dipartimento teso a rispondere a fabbisogni di integrazione dal punto di vista sia clinico-professionale che gestionale: infatti, accanto a finalità orientate a soddisfare prioritariamente fabbisogni di integrazione clinica (quali lo sviluppo e il coordinamento delle attività cliniche, la ricerca, la formazione, i protocolli diagnostico-terapeutici e le linee guida cliniche, la qualità delle cure e le modalità di accesso) troviamo anche finalità orientate a soddisfare fabbisogni di integrazione gestionale e organizzativa (quali la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei posti letto, dei materiali di consumo ecc.).

B. Tipologia dei dipartimenti

La tipologia dei dipartimenti non differisce da quella classica per cui i Dipartimenti possono essere definiti strutturale, funzionale, integrato e interaziendale.

B.1 Dipartimento strutturale

Per quanto riguarda il dipartimento strutturale viene ribadito che *"l'individuazione dei Dipartimenti dovrà essere funzionale all'Azienda e tenere conto della sua complessità, della sua estensione sul territorio, delle caratteristiche geomorfologi-*

che, del numero di strutture complesse presenti e degli obiettivi che queste ultime devono perseguire".

Viene lasciata libertà alle Aziende di individuare il numero e la tipologia dei dipartimenti strutturali ma viene altresì sottolineato che la creazione del dipartimento strutturale *"trova ragione d'essere quando serve a razionalizzare, in termini sia di efficienza che di economicità, i rapporti fra diverse strutture organizzative non altrimenti aggregabili"*. A proposito di aggregazione, l'indicazione regionale è quella che i dipartimenti strutturali debbano essere aggregati preferibilmente secondo il modello delle aree funzionali omogenee ma comunque *"altre aggregazioni sono consentite ma devono essere motivate nell'ambito della programmazione aziendale"*. Inoltre, non viene esplicitamente indicato che il modello dipartimentale deve essere esteso a tutte le strutture complesse ma è evidente una forte indicazione regionale ad individuare prioritariamente i dipartimenti strutturali nei quali inserire tutte o la maggior parte delle strutture complesse; ed è l'impostazione, come vedremo più avanti, che hanno adottato praticamente tutte le ASL piemontesi.

A questo punto della delibera, viene prevista una importante opportunità organizzativa per le Aziende, che oltretutto conferma l'atteggiamento *"orientativo"* della Regione di cui si è già detto, ed è la seguente: *"L'Azienda nell'ambito della sua autonomia può attivare altre forme di collegamento fra diverse strutture organizzative, quali, ad esempio i gruppi di progetto. Con una certa frequenza si può verificare la necessità che più soggetti, anche con differenti rapporti contrattuali, operino in accordo e stretto collegamento fra loro (le così dette "modalità dipartimentali") senza che vi sia la possibilità o l'opportunità di costituire un Dipartimento funzionale (es. presenza di una sola struttura complessa, netta prevalenza di una struttura complessa sulle altre, ecc.). In questi casi l'Azienda può costituire il Gruppo di progetto cui partecipano, riuniti in*

Comitato, i responsabili delle strutture interessate e i rappresentanti di Enti, Associazioni, Categorie professionali, ecc. E' indispensabile che il Gruppo di progetto utilizzi un sistema informativo tale da monitorare l'attività resa con modalità dipartimentali, con particolare riguardo al numero e alla tipologia delle prestazioni effettuate dalle diverse strutture complesse o semplici coinvolte, a favore del Gruppo di progetto stesso".

Per il momento, questa opportunità non è stata utilizzata dalle Aziende piemontesi; un tentativo è in atto nell'Azienda Sanitaria di Ivrea, dove nel nuovo atto aziendale è stato inserito un gruppo di progetto temporaneo per il territorio per cercare, data la situazione di persistente frammentazione tra i diversi servizi territoriali, di costruire un progetto globale e soprattutto integrato tra tutti i servizi che operano a livello distrettuale, coinvolgendo anche i medici di medicina generale e i Consorzi socio-assistenziali.

B.2 Dipartimento funzionale

Su questa tipologia di dipartimento, la normativa regionale non contiene sostanziali novità rispetto a quella di altre regioni; infatti, si dice che *"La costituzione dei dipartimenti funzionali deve essere mirata e finalizzata al raggiungimento di uno specifico obiettivo che può trovare fondamento, di volta in volta, in norme nazionali (es. Dipartimento Emergenza ed Accettazione), nelle esigenze della singola Azienda (es. Dipartimento Trapianti d'organo) o nell'opportunità di aggregare strutture complesse o semplici a valenza dipartimentale totalmente indipendenti tra loro, al fine di raggiungere un determinato obiettivo o assicurare in modo ottimale la continuità diagnostica e terapeutica ai pazienti (es. Dipartimento di Riabilitazione, Oncologia, Cardio-vascolare, ecc.)"*.

Viene lasciata la libertà di *"inserire una struttura complessa in più Dipartimenti funzionali, oltre che naturalmente nel proprio Dipartimento*

strutturale”; però viene anche sottolineata la raccomandazione di costituire Dipartimenti funzionali in modo mirato per non appesantire l'assetto organizzativo aziendale, evitando duplicazione di funzioni e l'inserimento della medesima struttura in più dipartimenti.

B.3 Dipartimento integrato

“Sono quelli che aggregano strutture a direzione universitaria e del S.S.N., secondo i principi previsti dal protocollo d'intesa Università-Regione”. È un modello di dipartimento che troviamo soprattutto rappresentato nelle ASO, nelle quali è presente il corso di formazione universitaria.

B.4 Dipartimento interaziendale

“Aggrega strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale appartenenti ad Aziende diverse. Affinché esista tale tipologia dipartimentale devono sussistere:

- motivazione, finalità e obiettivi della costituzione del dipartimento interaziendale;
- individuazione delle strutture costituenti il dipartimento e dell'azienda prevalente;
- contratto tra le parti, con approvazione del regolamento;
- nomina del direttore di dipartimento”.

Questa modalità di aggregazione dipartimentale non si è particolarmente diffusa nelle Aziende piemontesi, fatta eccezione per poche aziende e per settori nosologici definiti come la salute mentale e l'oncologia. A proposito di oncologia, è opportuno sottolineare che la Regione Piemonte da alcuni anni ha avviato un progetto di rete oncologica in base al quale ha individuato 9 poli oncologici, che sono di fatto dei dipartimenti interaziendali di tipo funzionale, per ognuno dei quali ha identificato l'Azienda prevalente. Obiettivi prioritari della rete sono la garanzia di uniformità di indirizzo, perequazione territoriale delle attività oncologiche, qualità e omogeneità delle prestazioni all'interno della rete per la quale sono stati anche ap-

provati il Regolamento di polo ed il Regolamento di rete. Da sottolineare che il Regolamento di Polo prevede le modalità di funzionamento, i compiti, la composizione e la localizzazione degli organi del Polo oncologico; tali indicazioni devono essere integrate con i Regolamenti dei Dipartimenti Oncologici e degli altri Dipartimenti delle Aziende sedi di Polo e delle Aziende al Polo afferenti.

D. Ruolo del responsabile del dipartimento e degli organi dipartimentali

Il responsabile del dipartimento è definito Direttore di Dipartimento e l'organo di gestione è il Comitato di dipartimento.

Le “Competenze del Direttore del Dipartimento sono le seguenti:

- predisporre la proposta di piano di attività annuale, correlandolo all'utilizzo delle risorse disponibili;
 - negoziare con la Direzione Generale il budget;
 - assicurare il funzionamento del Dipartimento, attuando modelli organizzativi proposti dal Comitato di Dipartimento;
 - promuovere le verifiche sulla qualità, secondo il modello prescelto dal Comitato di Dipartimento;
 - controllare l'aderenza dei comportamenti con gli indirizzi generali definiti dal Comitato di Dipartimento nell'ambito: dell'assistenza sanitaria, della gestione del personale, dei piani di ricerca, di studio e di didattica;
 - rappresentare il Dipartimento nei rapporti con il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo, il Direttore di Presidio e con organismi esterni, ove sia previsto che il Dipartimento operi in coordinamento o collegamento con gli stessi;
 - gestire le risorse attribuite al Dipartimento, secondo le indicazioni del Comitato del Dipartimento”.
- mentre al Comitato di Dipartimento compete l'elaborazione di proposte in ordine a:

“modelli organizzativi del dipartimento; programmazione annuale delle attività dipartimentali con l'elabo-

razione degli obiettivi da realizzare nel corso dell'anno; promozione del razionale utilizzo del personale assegnato al dipartimento nell'ottica della integrazione dipartimentale; programmazione della gestione delle risorse sia umane che economiche al dipartimento; valutazione dei fabbisogni di risorse di personale e strumentali, con definizione di priorità; gestione del “budget” assegnato al dipartimento; definizione dei modelli per la verifica e la valutazione delle qualità dell'assistenza fornita; piani di aggiornamento e riqualificazione del personale, programmazione e coordinamento delle attività didattiche, di ricerca scientifica e di educazione sanitaria; attribuzione di funzioni di natura professionale, di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettive, di verifica e controllo, ai dirigenti non responsabili di struttura; regolamentazione attuativa dell'attività libero-professionale. Il Comitato di dipartimento inoltre:

- a) esprime il parere sulla proposta di istituzione di strutture semplici;
- b) valuta e propone al Direttore Generale, tramite il Direttore di dipartimento, l'eventuale inserimento di altre strutture nel dipartimento;
- c) propone al Direttore Generale una rosa di nominativi per la nomina a Direttore di dipartimento;
- d) adotta linee guida utili per il più corretto indirizzo diagnostico terapeutico;
- e) valuta ogni altro argomento sottopostogli dal Direttore del dipartimento o dai dirigenti delle strutture che lo costituiscono in relazione a problemi od eventi di particolare importanza”.

Rispetto alle due distinzioni estreme che si possono operare, da una parte il modello di dipartimento cosiddetto “forte” che presenta un assetto di governo accentrato in un unico responsabile, il cui ruolo è di direzione complessiva di tutte le strutture aggregate e dall'altra il modello di dipartimento cosiddetto “debole” che viceversa presenta un assetto di governo decentrato, si può affermare che la scelta della nostra

regione è orientata verso un modello intermedio perché viene previsto, analogamente ad altre regioni, un organo di governo del Dipartimento e cioè il Comitato di dipartimento. Il Comitato risulta costituito dai responsabili delle strutture complesse e di quelle semplici a valenza dipartimentale accorpate nel dipartimento e ha sostanzialmente il compito di collaborare in parecchi campi strategici con il Direttore e quindi è un organo che va a smorzare il potere del Direttore che, senza di esso, risulterebbe il sovrano assoluto del dipartimento.

E. Risorse del Dipartimento

Le risorse da assegnare al Dipartimento devono essere individuate in termini di:

- posti letto
- personale
- strutture edilizie
- attrezzature
- risorse economiche-finanziarie

Inoltre, viene sottolineata la necessità di definire alcuni aspetti dell'organizzazione del dipartimento particolarmente delicati, ovvero:

- di prevedere l'attribuzione di posti letto al Dipartimento e non alle singole strutture complesse,
- di prevedere l'attribuzione dell'organico al Dipartimento e le risorse umane destinate alle singole Strutture complesse,
- di precisare che le funzioni di direzione, di competenza del dirigente delle strutture complesse, sono esercitate con piena autonomia nel campo clinico-assistenziale, secondo le linee guida adottate dal Dipartimento.

Anche in riferimento a questi ultimi aspetti, si ha la ulteriore conferma dell'atteggiamento di tipo "orientativo" della nostra regione sulle linee guida dei dipartimenti. Infatti, rispetto alle risorse e alle modalità organizzative, viene sottolineata la necessità di precisarle ma non viene scelto a priori e imposto un ruolo definito del dipartimento se deve essere strutturale o gestionale; forte o debole. E' noto che il dipartimento strutturale/gestionale utilizza risorse

di propria appartenenza (cioè delle UU.OO. in esso accorpate) per la produzione di servizi ed è forte in rapporto al livello di delega organizzativa cioè all'accentramento del potere organizzativo e alle responsabilità economiche e di raggiungimento di specifici obiettivi mentre il dipartimento funzionale utilizza funzionalmente per la propria attività risorse "condivise" con altri dipartimenti o UU.OO. (es. dipartimento di emergenza ed accettazione) ed è debole in relazione al livello di delega organizzativa cioè al decentramento del potere organizzativo. Nella realtà, i connotati di queste due posizioni estreme sono di fatto molto più sfumati: la nostra regione tende non tanto a imporre modelli ma ad indicare gli aspetti essenziali dei dipartimenti che devono essere chiariti all'interno di ciascuna Azienda; cioè il legislatore sembra conferire molta più importanza al fatto che ciascuna Azienda identifichi chiaramente i dipartimenti "forti" e quelli "deboli" e doti ciascuno degli idonei strumenti gestionali e degli adeguati spazi di autonomia decisionale.

Riguardo al regolamento dipartimentale, la Regione Piemonte non dà indicazioni ma è forse utile ricordare che esso costituisce "la spina dorsale" su cui verte l'organizzazione del dipartimento; deve quindi contenere tutti gli aspetti fondamentali per assicurarne il funzionamento quali il sistema decisionale (chi prende le decisioni, quali sono gli organi e le responsabilità affidate ai diversi organi), le modalità di attribuzione e di gestione delle risorse e deve altresì chiarire le relazioni all'interno del dipartimento, tra differenti dipartimenti, tra Direzione generale e dipartimenti, tra organi di staff e dipartimenti ecc..

In questa disanima, non è possibile tralasciare il paragrafo dedicato ai "Principi e criteri per il coordinamento dei dipartimenti ospedalieri" dove si legge che:

"Il Direttore del Presidio Ospedaliero esercita, all'interno del presidio al quale è preposto, la funzione di garante della coincidenza della ri-

sposta ospedaliera, in termini di produzione di prestazioni, alla domanda di salute espressa dal territorio, nell'ambito degli indirizzi strategici stabiliti dalla Direzione aziendale e del budget attribuito alla produzione ospedaliera.

L'atto aziendale disciplina l'attribuzione delle funzioni al Direttore di Presidio, sulla base dei seguenti indirizzi

- *è responsabile degli aspetti igienico-organizzativi, della conservazione della documentazione clinica, del coordinamento del sistema informativo del presidio e dell'organizzazione complessiva dell'attività del presidio;*
- *è responsabile del budget complessivo di presidio e coordina l'attività programmatica e di budget dei Dipartimenti attraverso strumenti di concertazione interna con i Direttori dei Dipartimenti, da stabilire nell'atto aziendale;*
- *svolge funzioni di negoziazione delle proposte programmatiche formulate dai Direttori di Dipartimento, rispetto alla programmazione aziendale e distrettuale;*
- *svolge funzioni di supporto tecnico all'attività dei Dipartimenti, per gli aspetti organizzativi e gestionali;*
- *garantisce e coordina il percorso assistenziale ospedaliero;*
** verifica le necessità dei singoli Dipartimenti e dei risultati raggiunti dagli stessi, nell'ambito delle scelte strategiche di gestione aziendale e di presidio".*

Quindi, la Direzione Sanitaria non può, in base alle funzioni attribuite, essere inserita in un dipartimento ma secondo l'indicazione regionale deve essere collocata in una posizione compresa tra la Direzione strategica e i Dipartimenti.

Per completare il quadro di illustrazione di questa D.G.R., dobbiamo ancora segnalare che vengono dedicati ampi spazi al Dipartimento di Emergenza ed Accettazione, al Dipartimento di Patologia delle dipendenze, al Dipartimento di Salute Mentale, al Dipartimento Materno-infantile; ed infine, un'ampia sezione viene dedicata al territorio, in partico-

lare all'organizzazione dipartimentale delle strutture produttive territoriali ed ambulatoriali e quindi al:

“Dipartimento territoriale che aggrega le strutture che erogano la propria attività esclusivamente, o prevalentemente, a livello territoriale, in particolare:

- Assistenza Sanitaria Territoriale;
- Medicina legale, Medicina dello sport;
- Farmaceutica territoriale o Dipartimento del farmaco;
- S.E.R.T., in attesa dell'organizzazione del Dipartimento delle Dipendenze

e al Distretto che si configura come centro di riferimento sanitario e socio-sanitario per l'incontro fra le istanze espresse dalla comunità e la globalità delle risorse disponibili da parte del S.S.N.. Il Distretto, quale articolazione territoriale, operativa e organizzativa, dell'ASL, costituisce centro di responsabilità e di autonomia gestionale ed economica, nell'ambito degli indirizzi della direzione strategica dell'ASL, coerentemente con la programmazione regionale.”

A questo proposito, occorre sottolineare che accanto al concetto di dipartimentalizzazione troviamo sempre presente, nei diversi atti normativi della nostra regione, anche il concetto di distrettualizzazione a rimarcare cioè la necessità di prevedere un coordinamento ed una integrazione tra i servizi dipartimentali degli ospedali e i servizi distrettuali del territorio, al fine di garantire la continuità assistenziale dei pazienti.

L'assetto delle aziende sanitarie piemontesi

Prima di descrivere l'attuale organizzazione dipartimentale delle Aziende sanitarie piemontesi, è opportuno presentare brevemente il loro assetto. Con legge regionale del 22 settembre 1994, n. 39 sono state individuate ventidue Aziende Sanitarie Locali (ASL) e sette Aziende Sanitarie Ospedaliere (ASO).

Le 22 Aziende Sanitarie Locali sono così distribuite:

- 4 ASL nella città di Torino:
- 6 ASL nella provincia di Torino
- 1 ASL nella provincia di Vercelli
- 1 ASL nella provincia di Biella
- 2 ASL nella provincia di Novara (Novara + Verbania)
- 3 ASL nella provincia di Cuneo (Cuneo + Mondovì + Savigliano)
- 2 ASL nella provincia di Asti (Asti + Bra)
- 3 ASL nella provincia di Alessandria (Alessandria+Casale M.to+Novi ligure)

La distribuzione degli ospedali nelle Asl è la seguente: 7 Asl hanno un solo presidio ospedaliero mentre le altre 14 Asl hanno più presidi ospedalieri (una ASL è unicamente territoriale).

Le 7 Aziende Sanitarie Ospedaliere sono così ubicate:

- tre in Torino: ASO S. Giovanni Battista (Molinette- S.Giovanni antica sede-Dermatologico-San Vito), ASO materno-infantile (S.Anna-Ospedale Infantile Regina Margherita), ASO ortopedico-traumatologica-riabilitativa (Centro Traumatologico Ortopedico -Centro Rieducazione Funzionale -M.Adelaide),
- una in provincia di Torino: S.Luigi,
- una a Novara: ASO Maggiore della Carità
- una a Cuneo : ASO S. Croce e Carle
- una a Alessandria : ASO SS. Antonio e Biagio

L'organizzazione dipartimentale nelle ASL

Nella tabella n.1 è illustrata la distribuzione dei dipartimenti strutturali e funzionali ospedalieri e territoriali delle ASL.

Il numero dei dipartimenti strutturali è decisamente superiore a quello dei dipartimenti funzionali; è un dato in linea con quello nazionale e cioè anche le ASL piemontesi hanno puntato decisamente verso un modello dipartimentale di tipo strutturale e, nella stragrande maggioranza dei casi, le strutture complesse appartengono ad un unico dipartimento. La scelta non stupisce se si considera che il dipartimento strutturale sem-

bra essere in grado di garantire i migliori risultati sia sul lato della razionalizzazione e flessibilità nell'utilizzo delle risorse, sia sul lato della qualità clinica e alberghiera, permettendo un lavoro in équipe multidisciplinari e l'utilizzo ottimale delle strutture. Un altro dato degno di essere sottolineato è che nelle ASL con più presidi ospedalieri ubicati in sedi anche lontane, è stata quasi sempre fatta la scelta di organizzare dipartimenti strutturali interospedalieri, scelta determinata dall'esigenza di rendere compatibile l'organizzazione dipartimentale con la Direzione Sanitaria unica dei presidi riuniti, di evitare di individuare un numero eccessivo di dipartimenti e soprattutto di ricercare la migliore integrazione possibile tra strutture omologhe anche se in sedi ospedaliere lontane.

Nella tabella n.2 sono rappresentati i dipartimenti strutturali, tra i quali sono presenti praticamente in tutte le ASL quelli “classici”: medico, chirurgico, materno-infantile e dell'area diagnostica; quest'ultimo in alcune realtà, a seconda della esistenza di strutture specialistiche, è diviso in dipartimento di patologia clinica e dipartimento delle immagini o “tecnologie pesanti”.

Alcune ASL hanno poi individuato dipartimenti “specialistici”: è il caso, ad esempio, dell'ASL 1 che, dotata del Presidio Oftalmico, ha individuato il Dipartimento Oculistico o dell' ASL 3 che, dotata del Presidio Amedeo di Savoia specializzato in malattie infettive, ha individuato il Dipartimento integrato di malattie infettive.

Altre ASL hanno poi ritenuto di individuare altri dipartimenti specialistici quali ad esempio il Dipartimento Ortopedico-traumatologico, il Dipartimento anestesilogico, il Dipartimento di medicina riabilitativa o delle attività invalidanti ecc.. Per quanto riguarda il Dipartimento di Emergenza ed Accettazione, in alcune ASL è compreso tra i dipartimenti strutturali: infatti, nella D.G.R. del 2000, si prevede che possa assumere la connotazione di dipartimento strutturale o funzionale, a se-

TAB.1 DISTRIBUZIONE DEI DIPARTIMENTI NELLE ASL

ASL	Dipartimenti STRUTTURALI	Dipartimenti FUNZIONALI	Dipartimenti TERRITORIALI
1	2	1	4
2	4	1	1
3	6	4	3
4	4	4	2
5	4	1	7
6	4	1	3
7	3	2	3
8	7	2	4
9	5	2	3
10	4	1	3
11	9	2	3
12	5	3	3
13	7	1	4
14	6	2	3
15	//	//	4
16	5	1	2
17	8	3	3
18	6	1	3
19	7	2	1
20	4	1	3
21	4	1	3
22	7	2	2
Tot.	111	38	67

conda che l'attività di pronto soccorso sia garantita da strutture complesse a ciò dedicate in via esclusiva (strutturale) o sia garantita mediante l'apporto part-time di unità operative dedicate ad altre funzioni e appartenenti ad un proprio dipartimento strutturale (funzionale).

Nella tabella n.3 è rappresentata la situazione dei dipartimenti funzionali: la maggior parte delle ASL ha individuato come funzionale il Dipartimento di emergenza ed accettazione mentre il Dipartimento oncologico è stato individuato dalle ASL sede di Polo, anche se occorre sottolineare che la nuova articolazione della rete oncologica approvata dalla Regione Piemonte alla fine del 2000 deve ancora essere recepita negli atti aziendali e quindi nella configurazione dipartimentale di alcune ASL. L'ASL 3 ha anche individuato un Dipartimento funzionale "Rete dei servizi per gli anziani" costituito dalla U.O.A. Geriatria e U.O.A. Assistenza Sanitaria Territoriale.

Per concludere il quadro diparti-

mentale delle ASL, la tabella n.4 offre il quadro dei dipartimenti territoriali: sono praticamente stati individuati in tutte le ASL i Dipartimenti territoriali, oltre ovviamente al Dipartimento di salute mentale e al Dipartimento di prevenzione voluti per legge.

L'organizzazione dipartimentale nelle ASO

Nella tabella n.5, è rappresentato il quadro generale dell'organizzazione dipartimentale nelle 7 ASO: prevalgono anche per le Aziende ospedaliere i dipartimenti strutturali ma i dipartimenti funzionali sono maggiormente rappresentati rispetto alle ASL.

Anche questo dato non stupisce: il modello dipartimentale dell'ASO è sicuramente più complesso in funzione della risposta specialistica molto più articolata in questo tipo di azienda. Nelle tabelle 6 e 7 sono rappresentati i Dipartimenti strutturali e quelli funzionali.

Per quanto riguarda i dipartimenti

funzionali, l'obiettivo della loro individuazione sembra quello di consentire a servizi specialistici affini e complementari di operare in forma coordinata per evitare ritardi, disfunzioni e distorto utilizzo delle risorse finanziarie e di mirare a risposte assistenziali coordinate e di alto livello specialistico. Non compaiono nella tabella i dipartimenti integrati nelle ASO sedi di formazione universitaria: l'esempio più eclatante, sotto questo punto di vista, è rappresentato dall'Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista di Torino (le Molinette), che ha costituito numerosi dipartimenti sia strutturali che funzionali con strutture complesse ospedaliere e universitarie mentre viceversa l'ASO OIRM-S.ANNA ha preferito, almeno per i dipartimenti strutturali, tenere distinte le strutture complesse universitarie da quelle ospedaliere che si ritrovano però aggregate nei due dipartimenti funzionali di emergenza ed accettazione.

Conclusioni

Il quadro generale dell'organizzazione dipartimentale delle Aziende sanitarie piemontesi è stato raccolto sia con la collaborazione dei colleghi sia attraverso la consultazione degli atti aziendali presso l'Assessorato regionale alla Sanità e mette in evidenza che il processo di organizzazione dipartimentale ha coinvolto praticamente tutte le ASL e le ASO della Regione Piemonte.

Il quesito a questo punto potrebbe essere il solito: Dipartimenti solo sulla carta?

Nella lettura, seppure non sufficientemente approfondita e completa, degli atti aziendali colpisce una certa ripetitività nelle definizioni, che spesso ricalcano quelle contenute nella D.G.R.; non sempre si trovano esplicitate le modalità di identificazione dei dipartimenti e a volte non viene precisata la tipologia dei dipartimenti costituiti e soprattutto le connes-

TAB 2. DIPARTIMENTI STRUTTURALI DELLE ASL

ASL	DIPARTIMENTI STRUTTURALI							
	Medico	Chirurg.	Mat.-inf.	Serv. diagn.	Special.	Pat-clin.	Immagini	DEA
1				x	x			
2	x	x	x	x				
3	x	x	x		x	x	x	
4	x	x		x				x
5	x	x	x	x				
6	x	x	x	x				
7	x	x		x				
8	x	x	x		xx	x	x	
9	x	x	x			x	x	
10	x	x	x	x				
11	xx	xx	x		x	xx	x	
12	x	x	x	x	x			
13	x	x	x	x	xxx			
14	x	x	x		x	x	x	
15	//	//	//	//	//	//	//	//
16	x	x	x	x	x			
17	x	x	x		xxx	x	x	
18	xx	xx	x	x				
19	x	x	x	x	xx			x
20	x	x	x	x				
21	x	x	x	x				
22	xxx	xx		x	x			

TAB. 3 DIPARTIMENTI FUNZIONALI ASL

ASL	DIPARTIMENTI FUNZIONALI								
	DEA	Oncolog.	Nefrourol.	Cardiolog.	Re.S.A.	Materno-inf.	Farmac.	Ch, Testa-collo	Ambul
1									
2	x								
3	x	x		x	x				
4	x	x				x	x		
5	x								
6	x								
7	x					x			
8	x		x						
9	x	x							
10	x								
11	x	x							
12	x	x	x						
13	x								
14	x						x		
15									
16	x								
17	x		x					x	
18	x								
19		x							x
20	x								
21	x								
22	x					xx			

TAB. 4 DIPARTIMENTI TERRITORIALI

ASL	DIPARTIMENTI TERRITORIALI					
	sal.ment.	prevenz.	serv.territ.	pat.dipend	farmac.	med.leg.
1	xx	x	x			
2	x					
3	x	x	x			
4	x			x		
5	xx	x	x	x	x	x
6	x	x	x			
7	x	x	x			
8	x	x	x	x		
9	x	x	x			
10	x	x	x			
11	x	x	x			
12	x	x	x			
13	xx	x				
14	x	x	x			
15	x	x	x			
16	x	x				
17	x	x	x			
18	x	x	x			
19			x			
20	x	x	x			
21	x	x	x			
22		x		x		

TAB. 5 DIPARTIMENTI DELLE ASO

ASO	Dipartimenti STRUTTURALI	Dipartimenti FUNZIONALI
S. GIOVANNI Battista	8	7
OIRM-S.ANNA	13	3
C.T.O.	6	2
S.Luigi-Orbassano	4	9
S.Croce - Cuneo	10	5
S.Biagio - Alessandria	9	5
Maggiore Carità-Novara	6	5
TOTALE	56	36

ni organizzative fra le strutture del dipartimento, tra i dipartimenti e gli altri livelli organizzativi aziendali.

C'è la sensazione che nella stesura dell'atto aziendale e quindi anche nella definizione dell'articolazione funzionale si sia più curato l'aspetto formale, anziché quello sostanziale, di ricerca cioè di soluzioni organizzative calate nelle realtà e finalizzate a miglio-

rare concretamente la risposta assistenziale. Non si vuole assolutamente assumere una posizione critica e neppure giungere all'affrettata conclusione che i dipartimenti nelle Aziende sanitarie piemontesi siano solo sulla carta; anzi, si ritiene che sia stato compiuto un enorme passo verso la riorganizzazione dipartimentale che richiede, come tutti i processi complessi, idonei tempi di realizzazio-

ne, soprattutto in considerazione della situazione di partenza storicamente presente nelle organizzazioni ospedaliere caratterizzata dalla esasperata frammentazione in unità operative e dalla cultura specialistica dei professionisti.

Occorre ora proseguire nell'opera di concreta attivazione dei dipartimenti, a partire dalla messa a punto della loro regolamentazione per proseguire con la definizione degli obiettivi dipartimentali e degli strumenti di programmazione, e soprattutto con la gestione e valutazione delle attività dipartimentali, nella convinzione che in questo processo la Direzione Sanitaria possa e debba svolgere un ruolo assolutamente fondamentale e trainante: dalla riorganizzazione dipartimentale, la Direzione Sanitaria deve trarre stimolo ad un maggiore impegno.

In conclusione, appare ormai evidente che la cultura del modello dipartimentale si è diffusa nella

TAB. 6 DIPARTIMENTI STRUTTURALI ASO

ASO	DIPARTIMENTI STRUTTURALI												
	Medico	Chirurg.	Spec.	Patol. Clin.	Imm.	DEA	Anest. Rian:	Med. Trasf.	Ch.testa collo	Mat. inf.	Cardio Vasc.	Rec. Riab	Ch. Plast
S.Giov. Battista	x	xx	xx	x	x	x							
OIRM S.A	xx	xxx	xxxx	x	x		x	x					
C.T.O	x	x	x		x							x	x
S.Luigi Orbassano	x	x		x	x								
S.Croce Cuneo	xx	x	xx	x	x	x			x	x			
S.Biagio AL		x	xxxx xxx										
Maggiore Novara	x	x		x	x					x	x		

TAB. 7 DIPARTIMENTI FUNZIONALI ASO

DIPARTIMENTI FUNZIONALI	AZIENDE SANITARIE OSPEDALIERE						
	S.Giov. Battista	OIRM S.Anna	C.T.O.	S.Luigi	S.Croce Cuneo	S.Biagio Alessandria	Maggiore Novara
DEA		xx	x	x	x	x	x
oncologico	x	x		x	x		x
nefrourologico	x						x
neuroscienze	x						x
cardiovascolare	x						
trapianti	x						
mielo- lesioni			x				
app.digerente	x					x	
pat. invalidanti	x						x
ch. cranio-facc.				x			
geriatria				x			
riab. cardio resp.				x			
pneumologia				x			
salute mentale				x			
farmaco econ.				x			
salute mentale					x	x	
materno-infantile				x	x	x	
intern.- RRF					x	x	

Regione Piemonte nella consapevolezza che, dato anche il particolare momento finanziario, solo attraverso una organizzazione dipartimentale è possibile recuperare efficacia ed efficienza e migliorare la performance clinica.

Bibliografia

- 1) Anessi Pessina E., "Il Dipartimento non è di carta" *Sanità Management*, settembre 2001
- 2) Bergamaschi M. "L'organizzazione nelle aziende sanitarie", ed. Mc Graw-Hill

3) Greco M., "Norme nazionali e legislazione regionale sull'organizzazione dipartimentale" *Organizzazione sanitaria* 2000; 4: 21-32.

4) L'Aziendalizzazione della Sanità in Italia" *Rapporto OASI* 2001

Pulitalia

PORTATORI SANI DI PULITO

Pulitalia

IMPRESA DI PULIZIA

www.pulitaliasrl.com

Panorama normativo sui prelievi d'organo

Sommario

Gli Autori, nel momento in cui il dibattito sui prelievi e sui trapianti d'organo a scopo terapeutico diventa particolarmente acceso soprattutto per quanto attiene le modalità di richiesta del consenso alla donazione, passano in rassegna l'intera normativa estrapolando i punti maggiormente salienti al fine di sottolinearne le sostanziali modificazioni. Il commento finale non può prescindere dalla constatazione di una scarsa informazione che impedisce la più adeguata diffusione di una cultura dei prelievi e trapianti d'organo, e di come i mezzi di comunicazione di massa non aiutino a perseguire lo scopo.

Summary

The Authors, in the moment the discussion about transplantation of organs for therapeutics aims became particularly lively specially about the consent of donation, they look at all the law and they compare the alterations. In the final comment ascertain the scarce information about the transplantation in the people also because of the bad work of mass media.

Premessa

La disciplina per quanto attiene ogni pratica di prelievo, trapianto e/o innesto di tessuti od organi prelevati da cadavere o, in taluni casi, da vivente, viene garantita da una precisa normativa di legge che implica la soluzione non solo di problemi di ordine meramente tecnico (es.: azione di mantenimento del

Giorgio Balzarro *, **Ida Grossi****,
Gerolamo Farrauto***

**Direttore Generale dell'A.S.O. "Maggiore della Carità"
di Novara*

***Direttore Sanitario dell'A.S.O. "Maggiore della Carità"
di Novara*

****Dirigente Medico Direzione Medica di Presidio e
Coordinatore Locale per i Prelievi dell'A.S.O. "Maggiore
della Carità di Novara*

Parole Chiave: rivisitazione normativa; prelievi d'organo a scopo terapeutico; trapianto d'organo; consenso al prelievo di organi e tessuti.

Key words: review of law; removal of organs for therapeutics aim; transplantation of organ; consent for transplantation and grafting.

donatore; di valutazione degli organi-tessuti da prelevare; atti chirurgici), ma anche di problemi di ordine medico-legale e giudiziario (quando il donatore, cioè, deceduto a seguito di traumatismo e/o per sospetto di reato, rimane a disposizione dell'Autorità Giudiziaria).

Nel corso dei secoli il cadavere era stato oggetto di culto e di rituali che hanno caratterizzato le varie forme di società (evolute o meno) e difficilmente, infatti, si trovano elementi comuni nel tempo: si rammentano a questo proposito i rituali egizi (conservazione dei corpi mediante la pratica della mummificazione), quelli indiani (distruzione del corpo a mezzo del fuoco) o, in talune usanze tribali, il rito funebre del cannibalismo da parte dei superstiti; la disponibilità del cadavere per fini medico-scientifici, pertanto, rimaneva quasi nulla.

Nel nostro Paese il Codice Zanardelli prima ed il Codice Rocco poi, prevedevano pene severe per

qualsiasi forma di utilizzazione del cadavere, al di fuori di poche eccezioni: studi anatomici ed autopsie.

Il primo tentativo di affrontare il problema del prelievo di parti da cadavere fu trattato ad un Congresso di Oftalmologia nell'anno 1951, quando si pose allo studio il prelievo della cornea; d'altro canto si dovettero attendere altri sei anni per avere, di fatto, la prima disciplina al riguardo.

Con l'introduzione, quindi, della nuova modalità terapeutica si sostanzialmente la problematica relativa alla richiesta del consenso alla donazione, che ancora oggi viene portata avanti e che non pare aver trovato una definitiva risoluzione sebbene si siano succeduti diversi atti normativi tesi a fornire le più adeguate garanzie.

A tal scopo pare utile rivisitare l'intero panorama normativo italiano fissando i punti caratteristici di ogni legge.

Legislazione

Legge 3.4.1957, n. 235: "Prelievo di parti del cadavere a scopo di trapianto terapeutico".

Questa Legge, costituendo il nucleo per lo sviluppo delle seguenti, autorizza il prelievo a scopo terapeutico da cadavere delle cornee, del bulbo oculare e di quelle parti di cadavere da definire successivamente mediante apposito regolamento se il soggetto in vita ne aveva fornito l'autorizzazione (vedi regolamento di cui al D.P.R. 20.1.1961). In mancanza di dirette disposizioni della persona, in alternativa, il prelievo era consentito in assenza di opposizione da parte del coniuge o dei parenti entro il II grado.

D.P.R. 20.1.1961, n. 300: "Approvazione del regolamento per l'esecuzione della L. 3.4.1957, concernente il prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico."

Detto D.P.R. decretava le parti di cadavere per cui era ammesso il prelievo, fra cui non rimaneva ricompreso alcun organo (bulbo oculare, ossa, muscoli e tendini, cute, nervi, midollo osseo, sangue, ecc.). Già da allora si definiva come le strutture da destinare ai prelievi dovessero essere autorizzate e giudicate idonee dal competente Ministero della Sanità per quanto attiene la dotazione impiantistica, dei servizi e del personale addetto. Venivano ribaditi, altresì, i documenti da presentare al Medico Provinciale per l'autorizzazione alle operazioni di prelievo.

D.P.R. 2.9.1965, n. 1156: "Modifica all'art. 1 del regolamento concernente il prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico approvato con D.P.R. 20.1.1961, n. 300."

L'art. 1 del D.P.R. n. 300/61 cita, ossia quello recante le parti da

cadavere per cui era ammesso il prelievo, veniva modificato mediante l'introduzione del rene e delle sue parti.

Legge 26.6.1967, n. 458: "Trapianto del rene tra persone viventi."

Introduce la liceità del prelievo da vivente a scopo terapeutico, limitandolo però al solo rene e sancendo rigidamente la gratuità dell'atto di concessione del rene. L'operatività di questa legge era però limitata dalla mancata emanazione del regolamento di esecuzione.

Legge 2.4.1968, n. 519: "Modifiche alla legge 3.4.1957, n. 235, relativa ai prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico."

Prevede sempre la liceità del prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto su tutti i deceduti sottoposti ad autopsia, tranne che in presenza di un rifiuto espresso in maniera non equivoca e per iscritto in vita dal defunto. Vengono inoltre ampliate le sedi di prelievo: nella legge precedente queste erano limitate alle Cliniche Universitarie o (in casi particolari) nel luogo del decesso, mentre con questo atto normativo vengono aggiunti invece gli Ospedali Civili e Militari, gli Istituti di Cura Privati e gli Obitori.

Legge 2.12.1975, n. 644: "Disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico." e D.P.R. 16.6.1977 "Regolamento di esecuzione della Legge 2.12.1975, n. 644, recante la disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico."

Giusto quanto già previsto dal D.M. 11.8.1969, dal D.M. 9.1.1970 e dal D.P.R. 5.2.1970, n. 78, que-

sta legge avvia al trapianto di tutte le parti del corpo, prevedendo infatti la possibilità di prelievo di parti del cadavere esclusi encefalo e ghiandole della sfera genitale e della procreazione. Si definisce l'accertamento della morte secondo parametri clinici e strumentali differenziati per quei soggetti affetti da lesioni cerebrali primitive e sottoposti a rianimazione (non più, quindi, unicamente il metodo elettrocardiografico). Viene fissato un periodo di osservazione di almeno 12 ore per procedere alla verifica della coesistenza continuativa delle condizioni descritte (stato di coma profondo; assenza di respirazione spontanea; assenza di attività elettrica cerebrale).

Legge 13.7.1990, n. 198: "Disposizioni sul prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico."

Semplifica, amplificandola, l'ammissione delle strutture sanitarie (che devono unicamente essere dotate di reparti di rianimazione) ove attuare le operazioni di prelievo per agevolare il reperimento degli organi da destinare al trapianto terapeutico. E' infatti contemplato che le operazioni di prelievo possano avere luogo presso le strutture pubbliche previa comunicazione al Ministero della Sanità mentre, per quanto concerne le Case di Cura Private, rimane necessaria l'autorizzazione del medesimo Ministero.

Legge 12.8.1993, n. 301: "Misure in materia di prelievi ed innesti di cornea".

Anche in questo caso, in analogia alla legge precedente, viene data maggior fluidità alle procedure per il prelievo e l'innesto di cornea (consentita anche al domicilio da parte del personale medico già con D.M. 14.1.1982, dove veniva sancita la necessità di rimuovere la limitazione al prelievo di cornea al domicilio del donante medesi-

mo). Dopo aver precisato che la donazione è gratuita, stabilisce che il prelievo da cadavere è consentito quando si sia ottenuto l'assenso del coniuge non legalmente separato oppure dei figli di età non inferiore a 18 anni oppure dei genitori. Non si può procedere al prelievo solo se il soggetto deceduto abbia in vita manifestato per iscritto il rifiuto alla donazione.

Permane la necessità di procedere all'accertamento della morte per arresto cardiaco irreversibile, che può essere verificato da un medico, nelle strutture sanitarie pubbliche, private ed anche al domicilio, con un ecgramma protrato per non meno di 20 minuti.

Il trapianto può avvenire in strutture pubbliche o private senza alcuna particolare autorizzazione.

Legge 29.12.1993, n. 578: "Norme per l'accertamento e la certificazione di morte."

Riprendendone le definizioni, parla delle norme per l'accertamento e la certificazione di morte già introdotta con la L. 644/75. Rimangono definiti tre aspetti: 1) la morte è identificata con la cessazione irreversibile delle funzioni dell'encefalo; 2) l'accertamento di morte non è finalizzato a specifici obiettivi, prescinde cioè dalla possibilità del prelievo di organi; 3) i criteri di accertamento che servono ai medici per verificare la morte di coloro che hanno subito lesioni dell'encefalo, vengono affidate a norme di comportamento indicate dalle comunità scientifiche e non fissate per legge.

Decreto Ministeriale 22.8.1994, n. 582: "Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte."

E' il decreto applicativo della legge suddetta e consente di stabilire quali siano i criteri cui fare riferimento per accertare l'avvenuto decesso di una persona sulla base di dati scientifici certi e di lar-

ghe esperienze, nonché delle potenzialità garantite dalla disponibilità di sofisticate tecnologie sanitarie. E' stato possibile definire, quindi, che dopo 6 ore di osservazione (che si estende a 12 h per i bambini d'età compresa fra 1 e 5 anni e 24 h per i bambini d'età inferiore ad 1 anno), si può dar luogo alla certificazione di morte da parte del Collegio medico previsto ex-lege.

Legge 16.12.1999, n. 482: "Norme per consentire il trapianto parziale di fegato."

Con questa legge viene ammessa, nel rispetto dell'art. 5 C.C. (come anche nella L. 458/67), la disposizione a titolo gratuito di parti di fegato ai fini esclusivi del trapianto di rene tra persone viventi.

Legge 1.4.1999, n. 91: "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti."

E' l'ultima legge di disciplina del prelievo d'organi e/o tessuti, con cui viene abrogata la L. 2.12.1975, n. 644 (per quanto attiene l'art. 1 della L. 12.8.1993, n. 301 questo sarà abrogato a decorrere dalla data di cui all'art. 28, comma 2). Detta norma determina sostanziali variazioni "strutturali-organizzative" a livello Nazionale, Regionale Locale (formalizzazione di Centri ai vari livelli nonché della Consulta permanente per i Trapianti) in ambito di prelievi di organi e/o tessuti (in particolare, a livello Locale l'istituzione delle figure dei Coordinatori delle strutture per i Prelievi) introducendo un nuovo principio di acquisizione dell'assenso/dissenso al prelievo medesimo da parte dei cittadini. Collocate le attività di trapianto di organi e/o tessuti ed il Coordinamento delle medesime fra gli obiettivi del SSN, viene fornito ampio risalto al debito di informazione, di crescita culturale e di educazione sanitaria nei confronti della popolazione al fine di garantire la con-

sapevolezza della scelta mediante, altresì, l'illustrazione ai fini preventivi dei comportamenti igienico-sanitari atti ad evitare l'insorgenza di patologie che possano richiedere un trapianto.

D.M. 8.4.2000: "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."

Nella ponderata difficoltà di espletare la procedura di notifica di cui alla legge precedente, da cui ottenere la dichiarazione dei cittadini in merito alla volontà sulla donazione di organi e/o tessuti (realizzazione dell'anagrafe informatizzata), è stata ravvisata la necessità di garantire una procedura temporanea che fosse comunque coerente con le disposizioni transitorie dell'art. 23 della L. 91/99.

Considerazioni conclusive

All'atto di scorrere tutta la produzione normativa in ambito di prelievo/trapianto d'organi si colgono, oltre che la logica evoluzione soprattutto per quanto attiene le parti da prelevare (sia da cadavere, dopo accertamento dello stato di "morte cerebrale", che da vivente per gli organi ammessi) taluni aspetti ancora oggi controversi e che suscitano ampie discussioni fra le varie correnti di pensiero.

Infatti, considerazioni di tipo etico più che religioso (che, comunque, tranne casi sporadici, lasciano ampia discrezione alla coscienza individuale) conducono ad accese diatribe particolarmente per quanto attiene la problematica relativa al "consenso al prelievo", mutato rispetto a quanto previsto dalla Legge 644/75 con la recente Legge 1.4.99, n. 91.

In buona sostanza, pur condividendo l'opinione di coloro che intravedono nella L. 91/99 un principio ampiamente "garantista" (vie-

ne normato l'obbligo di curare "l'informazione", la "crescita culturale", "l'educazione sanitaria" della popolazione con l'intento di porre in condizione la cittadinanza di esprimersi nel modo più conscio), ci si deve imbattere di contro nelle "lungaggini" e nel "faticoso incedere" degli atti organizzativi-strutturali demandati agli organismi preposti.

Infatti, l'art. 7 della L. 91/99 prevede l'istituzione di un sistema informativo dei trapianti nell'ambito del sistema informativo sanitario nazionale (comma 2), delegando al Ministero della Sanità con proprio decreto ed entro 90 gg. dall'entrata in vigore della Legge la definizione della sua struttura, l'individuazione degli obiettivi e delle sue funzioni (comma 3); invero, l'art. 5 ("disposizione di attuazione delle norme sulla dichiarazione di volontà") sancisce anche la competenza del medesimo Dicastero nella disciplina delle modalità di procedere alla notifica agli assistiti inerente la richiesta di dichiarare la propria volontà in ordine alla donazione.

Al culmine di ciò, d'altro canto, fra le disposizioni transitorie e finali (art. 28) viene fissata l'efficacia delle disposizioni previste dall'art. 4 ("dichiarazione di volontà in ordine alla donazione", che transita attraverso la notifica di cui sopra) a decorrere dalla data di attivazione del sistema informativo dei trapianti.

Dopo un periodo di "silenzio normativo" con Decreto 8.4.2000 (ossia a distanza di un anno dalla Legge 91/99) il Ministero della Sanità, subordinatamente ai tempi tecnici collegati alle procedure di notifica circa la richiesta dichiarazione ai cittadini (che, precisa il Decreto medesimo, presuppone l'avvenuta realizzazione dell'anagrafe informatizzata), prefissava una "procedura temporanea" in coerenza con le disposizioni transitorie di cui all'art. 23 della L. 91/99.

E' indubbio, quindi, il tentativo dell'apparato legislativo di fornire

sempre maggiori indicazioni, a beneficio degli operatori interessati in "front-line", tese a facilitare l'applicazione dei disposti normativi, by-passando eventuali ostacoli legati, ad esempio, alla dilatazione dei tempi tecnici già richiamati, nell'importante opera di promozione e raccolta del consenso "esplicito" o, in assenza di propria volontà autografa, "testimoniato" alla donazione di organi (nel caso di mancato assenso in vita, si domanda al coniuge non separato o al convivente more uxorio o, in mancanza, ai figli maggiori di età, o in mancanza di questi ultimi, ai genitori ovvero al rappresentante legale la convalida di un'eventuale volontà, favorevole o meno).

Ciò premesso non si può che rivolgere un plauso, pertanto, a tutti i sanitari che all'interno dell'A.S.O. "Maggiore della Carità" di Novara (in particolare ai rianimatori) che grossa parte hanno nei rapporti con i familiari al momento di comunicare la perdita di un congiunto e di raccogliere allo stesso tempo, in mancanza di un atto inoppugnabile, la testimonianza di una volontà espressa in vita (principio di garanzia); a questo proposito, ci si è dovuti imbattere nella realtà quotidiana che, a fronte di un atto normativo che dispone la promozione dell'informazione in capo al Ministero della Sanità d'intesa con i Ministri della Pubblica Istruzione e dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica sentito il Centro Nazionale per i Trapianti in collaborazione con gli Enti Locali ecc. (L. 91/99, art. 2), conduce invece a generare ulteriore confusione.

Infatti, un tema così delicato e scottante se trattato in modi troppo semplicistici e svuotato dei più elementari aspetti culturali, etici, scientifici (che possa prevedere anche un confronto se necessario) che ne sanciscono e giustificano le più elevate finalità può ingenerare al contrario una cultura del sospetto, "della predazione" a tutti i costi e fine a se stessa, che contrasta nettamente, a ben vedere,

con la "legittimazione", la "tutela" e la più volte nominata "garanzia" che costituisce il principio instillato dalla Legge ultima approvata.

Al momento in cui vengono redatte queste brevi e semplici riflessioni è dato sapere di come la norma vigente viva ancora momenti di revisione, di confronto, di studio e di perfezionamento mirato a rendere la materia sempre più agevole nell'interpretazione e, conseguentemente, nell'applicazione, in considerazione dell'alto valore morale a beneficio di tutti coloro che soffrono e che rimangono in attesa di un'aspettativa di vita migliore.

Fino a che il progresso scientifico non sarà apportatore, esplorando vie ad oggi sconosciute, di altri mezzi terapeutici debitamente efficaci.

Bibliografia

Sergio ARDIS, "Il diritto della famiglia sul cadavere. Riflessioni antropologiche, psicologiche e giuridiche.", Commissione Tecnica della donazione di organi e tessuti - Regione Toscana; <http://users.iol.it/cwalto.piccoli/trapianti.html>.

Gazzette Ufficiali della Repubblica Italiana.

AIDO - Notizie Legislative - Norme Legislative su prelievo e trapianto d'organo - testo a cura dell'Addetto Stampa Nazionale Vincenzo Passarelli (aggiornato al 19.4.1996).

AIDO - Andrea Castiglioni: Trapianti d'organi e tessuti: Forum sulla nuova Legge (1 Aprile 1999, n. 91): "Complicazioni sono possibili nei reparti di terapia intensiva"; <http://aido.forum.htm>.

AIDO - Enrico Ravera: Trapianti d'organi e tessuti: Forum sulla nuova Legge (1 Aprile 1999, n. 91): "La nuova legge sui trapianti, tra solidarietà individuale e solidarietà sociale"; <http://aido.forum.htm>.

Gabriele Marzot, Editoriale, Sanità Pubblica n. 4, anno XIX, Aprile 1999.



**Ogni goccia di prodotto KEMIKA
contiene qualità, servizio e tecnologia.
Un sistema integrato
con le attrezzature ed i macchinari
del gruppo.**

Kemika SPA

Via G. Di Vittorio 55 - COINLOVA 2 - 15076 Ovada (AL) ITALIA
Tel. 0039-143-80.494 Fax 0039-143-82.35.25
www.kemikaspa.com e-mail: info@kemikaspa.com

Nuove attualità delle epidemie infettive: la Sars come problema sanitario, economico e sociale

Riassunto

L'emergere di una nuova malattia potenzialmente mortale contro la quale non esistono terapie affidabili è in grado di causare conseguenze che trascendono il solo aspetto sanitario, peraltro di estrema rilevanza. L'avvento della SARS ha avuto pesanti ripercussioni soprattutto sulle società e sulle economie dei paesi principalmente colpiti dall'epidemia (industria del turismo, compagnie aeree e vendita al dettaglio sono i settori più colpiti). Essa non ha però risparmiato neppure paesi che non sono entrati in contatto o sono stati solo sfiorati dalla malattia. In una civiltà globalizzata dove gli spostamenti intercontinentali sono ormai una prassi, un fenomeno sanitario di questa portata, soprattutto se amplificato da una non corretta gestione delle informazioni, determina notevoli effetti indiretti di cui la Sanità pubblica deve tenere conto. Per minimizzare tali conseguenze negative risultano fondamentali: un rapido ed efficace contenimento dei focolai epidemici, un corretto flusso informativo all'interno delle organizzazioni sanitarie e tra gli organismi politici nazionali e internazionali, una corretta e continua comunicazione con la popolazione e con i mass-media, nonché lo sviluppo o l'utilizzo, ove già esistenti, di efficienti reti di prevenzione sanitaria.

**Carlo Signorelli, Cesira Pasquarella,
Edoardo Colzani**

Dipartimento di sanità pubblica, Università di Parma

Parole chiave: SARS, emergenza, sanità pubblica, economia
Keywords: SARS, emergency, public health, economy

Summary

The rise of a new and potentially deadly illness for which there is no reliable therapy may have serious consequences on areas other than health. SARS has certainly had heavy repercussions on the societies and economies of those countries worse hit by the outbreak (tourism, airline companies and retail trade being the most affected). The emergency has also involved countries that have not had direct dealings with or which have had a very minor incidence of illness. In a global society where intercontinental travel is so common, a health hazard of this gravity, especially if amplified by defective information management, causes huge indirect effects that the Public Health Service has to deal with. To minimize such negative consequences the following indications are fundamental: a fast and effective containment of all epidemic foci, a correct flow of information within and between health organizations and between political organisms at national and international level, correct and on-going communication with the population and the media, and the setting up or utilization, where already existing, of efficient nets of health prevention.

La Severe acute respiratory syndrome, polmonite atipica nota ormai come SARS, è la prima grave malattia trasmissibile ad aver polarizzato l'attenzione sanitaria internazionale nel ventunesimo secolo. Secondo alcune fonti non ufficiali i primi casi sarebbero comparsi nel novembre del 2002 nella provincia cinese del Guangdong, anche se le Autorità locali hanno ufficializzato solo qualche mese dopo la presenza di questa sconosciuta patologia infettiva. La SARS ha fatto registrare fino ad ora (dati al 29

giugno 2003) 8.447 casi, 7.417 ricoveri e 811 decessi, dei quali 348 nella sola Cina e 298 a Hong Kong (18). In Italia fino ad ora sono stati segnalati 9 casi, tutti di importazione e senza decessi; 5 di questi tuttavia sono stati recentemente derubricati dopo un'analisi approfondita della documentazione clinica da parte del Ministero della salute.

L'emergenza SARS riporta alla mente altre situazioni sanitarie che hanno messo in allarme la sanità pubblica nel recente passato: l'AIDS all'inizio degli anni '80, il virus Ebola all'i-

nizio degli anni '90, la "mucca pazza" in più occasioni a partire dal 1995 e il rischio di eventi bioterroristici dopo l'11 settembre 2001. In tutti questi casi vi è stata una forte partecipazione emotiva da parte dell'opinione pubblica - suggestionata in parte dai mass-media - che ha sicuramente avuto un ruolo nelle scelte operate dalle autorità sanitarie e politiche. A riguardo vi è da notare come, se si eccettua l'AIDS - che ha causato un'epidemia mondiale ancora oggi non domata con una prevalenza di 50 milioni di casi e con 3 milioni di morti all'anno e che ha anche segnato un cambiamento epocale nelle nostre abitudini di vita - le altre tre situazioni non hanno determinato fino ad ora alcuna condizione di grave pericolo per la salute della popolazione come invece era stato paventato in un primo tempo. In Italia infatti non si sono registrati casi di malattia da virus Ebola, né di carbonchio da inalazione, mentre si è registrato in tutto un solo caso di variante della Malattia di Creutzfeldt-Jakob, probabilmente associata all'ingestione di carne di bovini colpiti da BSE (*Bovine Spongiform Encephalopathy*).

A fronte di conseguenze sanitarie irrilevanti le emergenze della "mucca pazza" e del bioterrorismo hanno però avuto ripercussioni sociali ed economiche di una certa entità: basti pensare all'aumento del numero dei controlli veterinari per la BSE nonché della loro accuratezza, all'improvviso crollo del consumo di carni bovine, alle psicosi relative alle buste con sospette spore di carbonchio con i relativi interventi e controlli, ai costi rilevanti per l'acquisto di vaccino antivaioloso che il Ministero della salute ha sostenuto, ai danni al turismo che il timore di attentati bioterroristici continua a determinare.

Anche nel caso dell'HIV gli effetti sanitari sono stati, almeno nel nostro Paese, di gran lunga meno catastrofici del previsto; ciò non ha impedito scelte onerose come la costruzione di interi reparti o edifici da adibire alla cura delle persone malate di AIDS che oggi, grazie all'efficacia delle nuo-

ve terapie, appaiono di molto superiori ai bisogni.

Il Governo italiano ha emanato il 9 maggio scorso il DL 103/2003 (prossimo alla conversione in legge) che regola i controlli sanitari da effettuare per la SARS (3). Attualmente esiste infatti l'obbligo di controlli sanitari ai passeggeri e al personale dei voli aerei provenienti da zone affette secondo l'OMS (*"regione ad un primo livello amministrativo dove sia stata riportata una trasmissione locale di SARS negli ultimi 20 giorni"*) (16), nonché al personale degli scali aerei e portuali nazionali addetti all'emergenza SARS. I controlli sanitari, che vengono effettuati presso gli Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera, comprendono, a giudizio del medico, la misurazione della temperatura e altre valutazioni o informazioni mediche e amministrative. In presenza di sintomatologia sospetta per SARS,

NEL CASO DELL'HIV GLI EFFETTI SANITARI SONO STATI, ALMENO NEL NOSTRO PAESE, DI GRAN LUNGA MENO CATASTROFICI DEL PREVISTO; CIÒ NON HA IMPEDITO SCELTE ONEROSE

secondo la definizione di caso fornita dall'OMS (17), trovano applicazione le procedure previste dal regolamento sanitario internazionale per le malattie sottoposte a tale normativa come colera, febbre gialla e peste.

Aspetti sanitari

Tralasciando gli aspetti prettamente epidemiologici riguardanti la diffusione della SARS, vi sono alcune considerazioni sanitarie che meritano attenzione sia per gli sviluppi futuri che per le ricadute sul piano sociale ed economico.

La prima è dettata dall'osservazione che la categoria professionale di gran lunga più colpita dall'epidemia di SARS è stata quella degli operatori sanitari, portando alcuni esperti a proporre di classificare la SARS tra le infezioni nosocomiali. D'altra par-

te è facilmente comprensibile come nelle prime fasi di una nuova epidemia con trasmissione per via aerea il personale ospedaliero sia maggiormente esposto rispetto al resto della popolazione al rischio di contagio. Gli operatori della sanità devono perciò essere preparati ad altri eventi di questo genere e per questo vanno educati adeguatamente sui comportamenti da seguire, sulle protezioni generali da adottare e sui dispositivi individuali di protezione da utilizzare nelle diverse situazioni a rischio.

La seconda considerazione è che la SARS ha mostrato chiaramente la sua capacità di diffondersi attraverso gli spostamenti intercontinentali, rendendo quindi cruciali gli interventi di prevenzione negli aeroporti internazionali: questi hanno infatti rappresentato fino ad ora la più frequente porta di ingresso dell'epidemia in nuovi paesi e continenti. E' chiaro che ogni provvedimento eventualmente preso nei confronti di una nazione ha portato e porta con sé il rischio di limitare la libera circolazione di uomini e merci, determinando perciò danni non indifferenti a carico dei paesi interessati dal provvedimento. In quest'ambito è risultato perciò cruciale il ruolo svolto dall'OMS la quale, nel raccomandare o meno di viaggiare in alcuni paesi, si è assunta una responsabilità notevole per quanto riguarda lo svolgimento di attività commerciali, i flussi turistici e i sempre possibili fenomeni di emarginazione nei confronti di persone originarie dei paesi più colpiti dalla SARS (6). L'emergenza SARS ha quindi confermato - se mai ce ne fosse stato bisogno - come l'insorgenza di un nuovo evento morboso potenzialmente mortale sia in grado di generare una serie di conseguenze non solo di carattere sanitario, ma anche di matrice sociale ed economica. Un'ulteriore considerazione sanitaria - limitatamente alla realtà europea - porta a concludere che dopo l'entrata in vigore del Trattato di Schengen i controlli sanitari dei passeggeri in arrivo sono efficaci solo se attuati contestualmente a livello dell'intera Unione Europea, perché una volta

che ci si trova entro i suoi confini è praticamente impossibile controllare gli spostamenti degli individui eventualmente a rischio.

L'epidemia di SARS ha anche evidenziato come le comunicazioni informatiche provenienti da fonti non ufficiali abbiano denunciato l'epidemia in tempo reale e prima di fonti ufficiali, spesso reticenti; ciò porta a far ritenere ormai anacronistici i segreti di Stato su questioni sanitarie evidenziando la necessità che le autorità competenti mantengano sempre attiva la comunicazione con le organizzazioni sanitarie internazionali, con l'opinione pubblica e con i mass-media.

Infine la SARS ha dimostrato come le reti di prevenzione sanitaria, se efficaci, possano rappresentare uno strumento versatile da utilizzare per diverse emergenze. Prova ne è che a livello di molte Regioni italiane e Aziende sanitarie le stesse unità di crisi utilizzate per il rischio bioterrorismo sono state utilizzate per il rischio SARS.

Aspetti sociali

Considerando gli aspetti psicosociali, possono essere individuati più attori coinvolti (malati, casi sospetti, operatori sanitari e popolazione generale) e più livelli di lettura (rapporto della popolazione con i media e le istituzioni, attitudine della gente comune verso i malati di SARS e verso le persone provenienti da paesi colpiti dall'epidemia, reazione del personale sanitario allo stress, cambiamenti dei comportamenti della popolazione dettati dal timore dei luoghi affollati). La rapidità nella circolazione di notizie e le molteplici fonti anche non ufficiali dalle quali esse provengono, rendono piuttosto difficile al giorno d'oggi la filtrazione o addirittura l'omissione delle notizie di matrice sanitaria ponendo l'importante problema di una corretta comunicazione che informi adeguatamente la popolazione su rischi reali evitando inutili allarmismi (13).

In generale si possono individuare le seguenti fasi temporali in rapporto

all'impatto psicologico di un evento come la SARS (7):

- una fase precoce nella quale la popolazione ignora il problema;
- una fase intermedia caratterizzata da panico, corsa agli acquisti dei beni di prima necessità, ossessione, protezione esagerata, discriminazione verso persone e luoghi come gli ospedali;
- una fase tardiva nella quale viene abbassato, spesso precocemente, il livello di attenzione e rispetto delle norme di prevenzione.

Nelle popolazioni che più hanno risentito del problema SARS si è notato un aumento di sintomatologie aspecifiche da riferirsi allo stress e alla paura; molte persone hanno riferito infatti di soffrire di ansia, irritabilità, affaticamento, disturbi del sonno e depressione. Tali sintomi sono sta-

ANCHE SE RISULTA ALQUANTO ARDUO VALUTARE CON ESATTEZZA LE RICADUTE SOCIALI DI UN EVENTO COME LA SARS NON SI PUÒ NEGARE CHE VI SIA STATO UN CONTRACCOLPO NEGATIVO SU TUTTA LA POPOLAZIONE MONDIALE

ti più accentuati nel personale operante nelle strutture di ricovero dei malati.

Anche se risulta alquanto arduo valutare con esattezza le ricadute sociali di un evento come la SARS non si può negare che vi sia stato un contraccolpo negativo su tutta la popolazione mondiale, con particolare riguardo a carico dei paesi direttamente interessati dall'epidemia e dei viaggiatori che frequentano abitualmente tali aree. A tal proposito vale la pena ricordare che l'OMS elenca tra i motivi di alterazione dello stato di salute ottimale anche la percezione di un rischio inesistente o superiore alla realtà (15).

Aspetti economici

Come è facilmente intuibile l'emergenza SARS ha gravato maggior-

mente sulle economie dei paesi più colpiti dall'epidemia: Cina (soprattutto regione del Guangdong e Pechino), Hong Kong, Singapore, Taiwan nonché la città canadese di Toronto.

Secondo dati OMS la SARS è costata 30 miliardi di dollari al solo Estremo Oriente, ma c'è chi sostiene che la cifra possa essere superiore. La Morgan Stanley ha previsto per tale regione, escluso il Giappone, una crescita economica solo del 4,5% contro il 5,1% del 2002. Tra i maggiori rallentamenti vanno registrati quello della Cina con una crescita prevista per il 2003 del 6,5% (7% nel 2002), di Taiwan 2,3% (2,8% nel 2002) e di Hong Kong 2,1% (2,7% nel 2002). Per le attività riguardanti il ramo del turismo e dell'attività al dettaglio si prevedono crescite anche inferiori.

Alcune ripercussioni economiche si sono però avute anche a carico dei paesi vicini, dei partner commerciali e di alcuni settori che a livello globale hanno subito dei contraccolpi negativi. In modo particolare hanno subito danni le compagnie aeree, la vendita al dettaglio, le agenzie turistiche e gli agenti di viaggio specializzati in mete dell'Estremo Oriente, le compagnie alberghiere orientali, i ristoranti cinesi e orientali e, in generale, i partner commerciali dei paesi dell'Estremo Oriente coinvolti dall'epidemia (1,8-10,12).

Una delle compagnie aeree più danneggiate è stata quella di Hong Kong, la Cathay Pacific; essa ha subito una notevole diminuzione del numero di passeggeri, passando da una media di 33.000 al giorno a 10.000 nel mese di aprile, essendo così costretta a cancellare molti voli (2); nel complesso la Cathay Pacific e la Singapore Airlines hanno rilevato una diminuzione di almeno il 40% dei passeggeri nei mesi successivi all'allarme SARS (11).

Nei mesi di marzo e aprile molte scuole sono rimaste chiuse così come alcuni confini di Stato e il turismo d'affari e di vacanza ne ha perciò inevitabilmente risentito. Il Governo di Singapore ha riferito che i turisti nei primi 13 giorni di aprile erano in diminuzione del 61% rispetto allo stes-

so periodo dell'anno precedente e ha previsto una crescita economica per l'anno 2003 solo dello 0,5-2,5% contro previsioni del 2-5% formulate all'inizio dell'anno (14). Qualche settore ha anche tratto vantaggi dall'epidemia di SARS come i traduttori di cinese che sono richiestissimi e gli operatori turistici americani e europei; la compagnia aerea sudafricana SAA ha incrementato notevolmente il traffico passeggeri tra l'Europa e l'Australia via Sud Africa offrendo la possibilità di evitare scali in aree a rischio. Per quanto riguarda l'impatto economico della SARS sul nostro Paese, le voci di spesa più rilevanti hanno riguardato l'istituzione dei sistemi di filtro negli aeroporti intercontinentali (Milano Malpensa e Roma Fiumicino) dove sono stati controllati fino al 25 giugno complessivamente 1.009 voli (di cui 179 diretti e 830 indiretti) per un totale di 34.499 passeggeri dei quali 33.949 sono stati controllati individualmente. Questo screening ha portato ad un solo ricovero, peraltro non seguito da diagnosi di SARS. Negli aeroporti si sono creati dei sistemi di filtro con un rinforzo di personale medico presso 29 aeroporti italiani dove sono stati insediati 99 medici, soprattutto infettivologi e igienisti.

In Emilia-Romagna sono stati previsti dal Ministero della salute 6 medici a Bologna, 4 a Rimini, 4 a Forlì e nessuno a Parma, con costi orari di 40-50 per 18 ore al giorno. Tali rinforzi, in parte comandati da altre strutture sanitarie ed in parte a contratto, svolgeranno le loro attività seguendo le indicazioni dell'OMS per i paesi a rischio. Una voce di spesa per la SARS di minor rilevanza ha riguardato l'acquisto di dispositivi di protezione individuale e di diagnosi come tute, camici, mascherine, guanti, occhiali protettivi e termometri ad infrarossi. Secondo i dati della Protezione Civile la spesa al 25 giugno era è stata di circa € 600.000 (5).

Conclusioni

L'emergenza SARS rappresenta una lezione importante per la sanità

pubblica mondiale. Si è visto come sia fondamentale, in una realtà ormai globalizzata, l'esistenza di un coordinamento centrale (funzione svolta egregiamente dall'OMS) ma anche la imprescindibile collaborazione delle nazioni coinvolte dalle emergenze sanitarie nel momento stesso in cui queste si verificano, in quanto ogni ritardo non può far altro che aumentare le conseguenze negative di carattere sanitario, ma anche economico e sociale, con ricadute future in termini di perdita di fiducia della Comunità Internazionale (19).

In un mondo globalizzato e caratterizzato dal rapido spostamento delle persone e delle informazioni, è impensabile far prevalere l'interesse immediato e locale in problematiche che coinvolgono molto più che la semplice realtà del luogo dove si verificano.

Questa presa di coscienza non ha solo motivazioni di carattere sanita-

**L'EMERGENZA SARS
RAPPRESENTA UNA LEZIONE
IMPORTANTE PER LA SANITÀ
PUBBLICA MONDIALE**

rio o etico, ma come si è visto coinvolge anche importanti aspetti dell'economia di un paese o di una regione, con conseguenze a volte notevoli sia a breve che a lungo termine.

Gli operatori della prevenzione si collocano in quest'ottica come coloro che per primi devono riflettere su questi aspetti e sui loro effetti. Sono perciò fondamentali: conoscenza della situazione epidemiologica entro i propri confini, ma anche al di fuori di essi; conoscenze tecniche adeguate e un costante aggiornamento professionale per essere pronti ai cambiamenti sia nelle patologie sia nella società; capacità organizzative a fronte di sistemi sempre più complessi e multidisciplinari; capacità comunicative nei confronti sia dei colleghi, ma anche della popolazione e dei mass media, visto il ruolo cruciale svolto dall'impatto psicologico di una notizia nel determinarne gli effetti; infine,

ma non ultime, capacità decisionali.

Una corretta prevenzione nel nostro Paese non può prescindere da una corretta definizione del livello di competenza statale e di quello regionale, da reti di emergenza regionali costituite da Dipartimenti di prevenzione, laboratori di sanità pubblica, strutture di ricovero e cura, da operatori della prevenzione adeguatamente preparati e da una migliore e più convinta comunicazione tra i vari livelli, aspetto quest'ultimo divenuto critico a seguito dell'avvento della devolution.

Bibliografia

1. Boyd A. SARS fever hits economies. *Asia Times on line*. Consultabile alla URL: <http://www.atimes.com>. 2 Aprile 2003.
2. Cathay Pacific Airways still sick from SARS. Consultabile alla URL: <http://www.bizjournals.com/pacific/stories/2003/06/02/daily47.html>. 5 giugno 2003.
3. Decreto Legge 9 maggio 2003, n. 103. Disposizioni urgenti relative alla sindrome respiratoria acuta severa (SARS).
4. Di Giorgio C. Tutti gli interrogativi sulla SARS. *Le Scienze* 418:32-37, 2003.
5. Dipartimento della Protezione Civile. Nota riservata, Roma, giugno 2003.
6. Heymann D. Global response to SARS. WHO Global Conference on Severe Acute Respiratory Syndrome. Consultabile alla URL: http://www.who.int/csr/sars/conference/june_2003/materials/presentations/en/sarsglobal170603.pdf. 17-18 giugno 2003.
7. Hwang Y. Psychosocial aspects of SARS in China. WHO Global Conference on Severe Acute Respiratory Syndrome. Consultabile alla URL: http://www.who.int/csr/sars/conference/june_2003/materials/presentations/en/psychosocial.pdf. 17-18 giugno 2003.
8. Little B. SARS infects Asian growth. *The Globe and Mail*, report on business. Consultabile alla URL: <http://www.glo->

beandmail.ca. 22 aprile 2003.

9. Little B. SARS outbreak triggers economic downgrade. *The Globe and Mail*, report on business. Consultabile alla URL: <http://www.globeandmail.ca>. 3 aprile 2003.

10. Worrall M. *The economics of SARS in East Asia*. Consultabile a: URL: <http://www.edc.ca>. 5 maggio 2003.

11. SARS creates turbulence for Asian airlines. *Chicago Tribune* - online edition. Consultabile alla URL: <http://www.chi>

cagotribune.com. 26 giugno 2003.

12. SARS slows China's capital's economy by 1.8 per cent. *Xinhua news agency* 22 giugno 2003, Pechino.

13. SARS: social crisis or media crisis. *Taiwan News*. Consultabile alla URL: <http://www.etaiwannews.com>. 26 giugno 2003.

14. SARS: The economics of fear. Consultabile alla URL: <http://www.newsmax.com>. 10 maggio 2003.

15. Thompson D. WHO's SARS communication strategy. Consultabile alla URL: http://www.who.int/csr/sars/conference/june_2003/materials/presentations/en/communicatingrisk180603.pdf. 29 giugno 2003.

16. WHO. Affected Areas - Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS). Consultabile alla URL: http://www.who.int/csr/sars/areas/2003_04_28/en/. 28 aprile 2003.

17. WHO. Case definitions for surveillance of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS). Consultabile alla URL: <http://www.who.int/csr/sars/casedefinition/en/>. 1 maggio 2003.

18. WHO. Cumulative number of reported probable cases of SARS. Consultabile alla URL: http://www.who.int/csr/sars/country/2003_06_29/en/. 29 giugno 2003.

19. WHO. Severe acute respiratory syndrome (SARS): Status of the outbreak and lessons for the immediate future. Consultabile alla URL: http://www.who.int/csr/media/sars_wha.pdf. 20 maggio 2003.



CONTENITORI PER RIFIUTI SPECIALI

QUANDO LA SICUREZZA
È INDISPENSABILE



Newbridge Road Industrial Estate
Blackwood, South Wales NP12 2YN
Tel: 01495 235 800 - Fax: 01495 235 808
web: www.frontier-group.co.uk

distribuito da



Via Modena 46
42015 Correggio (RE)
Tel: 0522 693445 - Fax: 0522 642897
E-mail: cones@cones.it

Relazione presentata al Convegno "SARS - Indicazioni per la sorveglianza, la gestione clinica e l'applicazione di norme di prevenzione" tenutosi a Bologna il 30 giugno 2003

Le malattie alimentari: se le conosci...

Gianfranco Finzi, Nadia Sabbatini, Nazzareno Manoni, Nicola Alvaro, Loredana Mavilla, °Walter Longanella

** dietiste: Paola Marani, Marisa Montemurro, Maria Grazia Risi, Angela Sartini

ALIMENTARI DA MICRORGANISMI PATOGENI:

Per proteggere la nostra salute dobbiamo conoscere i potenziali rischi connessi alla produzione, manipolazione e conservazione dei cibi.

La salubrità di un alimento infatti dipende da numerosi fattori e presuppone il rispetto di fondamentali regole igienico-sanitarie necessarie per evitare alterazioni fisiche, contaminazioni chimiche e microbiologiche.



Nell'organismo umano, negli animali, nell'ambiente e negli alimenti sono presenti microrganismi: alcuni sono da considerarsi "utili" poiché collaborano nei processi digestivi e vengono utilizzati nella preparazione di alimenti come i formaggi, lo yogurt ecc; altri "dannosi" per la salute dell'uomo in quanto possono essere responsabili di malattie e pertanto devono essere combattuti.

COSA SONO LE MALATTIE ALIMENTARI

Sono stati patologici che si manifestano in conseguenza del consumo di alimenti che possono contenere un microrganismo patogeno o una tossina di origine batterica.

Vi sono, inoltre, malattie alimentari provocate da sostanze tossiche non prodotte da microrganismi, anche se la loro formazione è comunque da essi favorita, come l'istamina che si forma in alcuni pesci conservati a temperatura ambiente.

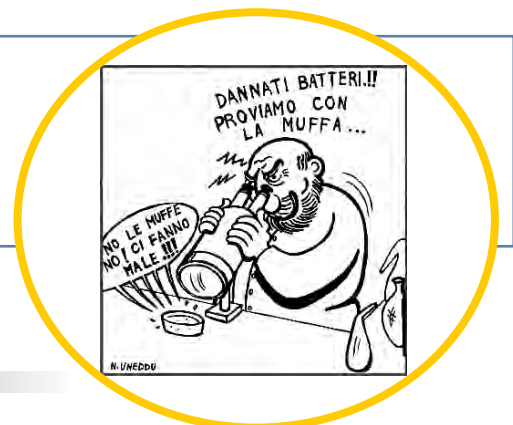
COSA FARE

Nel caso di comparsa di sintomi che fanno sospettare l'insorgenza di una malattia alimentare, bisogna rivolgersi tempestivamente al proprio medico o al Pronto Soccorso più vicino. La diagnosi potrà essere effettuata sulla base di sintomi clinici, sulla ricerca nelle feci dell'agente responsabile della malattia o, come nel caso di sospetto botulismo, la ricerca della tossina in siero, feci, alimenti consumati.

MALATTIE ALIMENTARI

Ci sono tre tipi di malattia alimentare di origine microbica:

- Intossicazioni alimentari
- Infezioni alimentari
- Tossinfezioni alimentari



INTOSSICAZIONI ALIMENTARI

Insorgono per il consumo di un alimento che contiene una tossina, risultato di uno sviluppo microbico nell'alimento. Il batterio può anche essere già morto, ma la tossina può permanere. Esempio, intossicazione stafilococcica e gastroenterite da *Bacillus cereus*.

INFEZIONI ALIMENTARI

Insorgono quando l'alimento consumato contiene batteri patogeni che colonizzano l'intestino dell'uomo, si sviluppano e causano lesioni ai tessuti. Non è necessario che il batterio si moltiplichi nell'alimento, ma se ciò accade la probabilità di infezione aumenta. Esempio, salmonellosi, shigellosi, listeriosi, enterite da *Campylobacter*.

TOSSINFEZIONI ALIMENTARI

Sono una combinazione delle due prime forme. Il microorganismo patogeno deve raggiungere cariche molto elevate nell'alimento e dopo l'assunzione da parte dell'uomo continua il suo sviluppo nell'intestino, libera la tossina che scatena la sintomatologia. Esempio, gastroenteriti da *Clostridium perfringens* e ceppi enterotossigeni di *Escherichia coli*.



I batteri responsabili di tossinfezioni e intossicazioni alimentari possono moltiplicarsi più facilmente e/o produrre tossine se sussistono alcuni fattori:

- Presenza di sostanze nutritive (proteine, zuccheri)
- Umidità
- Presenza o assenza di ossigeno a seconda del microorganismo
- Temperatura (si sviluppano maggiormente a temperatura ambiente)
- Prolungato periodo di conservazione.

E' importante ricordare che la moltiplicazione di questi batteri non sempre determina l'alterazione organolettica dell'alimento. Ciò significa che il colore, il sapore dell'alimento non subiscono modificazioni, ma il consumo dello stesso può provocare l'insorgenza della malattia.

Solo nel caso del *Clostridium botulinum*, alcuni ceppi (tipo A, parte del B ed F) sono proteolitici e perciò parallelamente alla moltiplicazione del microorganismo si assiste alla modificazione del colore, del sapore, dell'odore e della consistenza. Altri ceppi (tipo E, parte del tipo B e F) non determinano alcuna modificazione evidente del cibo.

SINTOMI DELLE MALATTIE TRASMESSE DA ALIMENTI E ALIMENTI RESPONSABILI

malattia	sintomi	alimenti responsabili
Botulismo	E' una intossicazione molto grave. Si manifesta 12-36 ore dal consumo di cibo responsabile. Presenta sintomi neurologici, come: difficoltà di vista e di parola, difficoltà ad inghiottire, bocca secca, debolezza muscolare. Non sono sempre presenti: nausea, vomito, diarrea. Occorre intervenire immediatamente per non incorrere in paralisi progressiva dei muscoli, difficoltà respiratorie e morte.	ConsERVE di frutta e verdure preparate in casa, insaccati, più raramente: conserve di carne e/o pesce. Raramente: carne in scatola prodotti industrialmente.
Salmonellosi	Si manifesta a distanza di 6-72 ore dall'ingestione del cibo contaminato. Sintomi: nausea, vomito, diarrea, crampi addominali, mal di testa, brividi, febbre.	Pollame, uova, latte, carne e loro derivati, verdure, acqua
Intossicazione da Stafilococco aureo.	Si manifesta in un periodo che va da 30 minuti a 7 ore dall'ingestione dei cibi contaminati. Sintomi: vomito, diarrea, crampi addominali e stato di debolezza.	Carni poco cotte e consumate fredde, prodotti a base di carne, latte e formaggi non pastorizzati, derivati di uova crude manipolati a lungo come: creme e dolci alla crema, gelati, maionese e salse.

(segue)

<p>Tossinfezione da Clostridium perfringens</p>	<p>Si manifesta dopo 6- 24 ore dal consumo dell'alimento contaminato. Sintomi: coliche addominali, seguite da diarrea e nausea, spesso manca il vomito.</p>	<p>Carni contaminate, cotte in grandi pezzi in maniera inadeguata e tenute al caldo per molto tempo o lasciate raffreddare lentamente a temperatura ambiente: bolliti, torte di carne, sughi, brodi di carne lasciati raffreddare a lungo a temperatura ambiente.</p>
<p>Tossinfezione da Bacillus cereus</p>	<p>Si manifesta in due modi diversi: -con nausea e vomito dopo 1-6 ore dall'ingestione dell'alimento contaminato. -Con coliche addominali e diarrea dopo 6-24 ore di distanza dal consumo dell'alimento contaminato.</p>	<p>Riso bollito o frittelle di riso, creme e/o pietanze a base di cereali e legumi, salse e zuppe di cereali.</p>

Quali sono le regole da seguire per prevenire le malattie trasmesse da alimenti?

Ricordare che:

- L'ordine e la pulizia del punto vendita può essere indice di attenzione del venditore alla qualità del prodotto venduto.
- Acquistare prodotti di qualità da venditori di fiducia è un primo passo verso la sicurezza.
- Controllare le etichette, che devono riportare in modo chiaro gli ingredienti e la data di scadenza dei prodotti confezionati.
- La conservazione di alimenti per periodi brevi deve essere effettuata in frigorifero. Lo stesso deve essere costantemente pulito, con temperatura intorno ai 4°C e comunque sotto i 10°C, periodicamente sbrinato e con all'interno gli alimenti tenuti in contenitori separati.
- La conservazione per periodi più lunghi deve essere effettuata in freezer, con temperatura intorno a -18°C.
- Prima della preparazione di qualsiasi alimento le mani devono essere lavate con acqua e sapone, se la pelle delle mani presenta ferite, lesioni e/o foruncoli, occorre indossare guanti di gomma.

Precauzioni da adottare per ogni tipo di alimento

CARNI E POLLAME

Acquisto:

- ✓ Non acquistare prodotti esposti in banchi non refrigerati;
- ✓ Fare attenzione a colori non abituali e confezioni danneggiate;
- ✓ Se surgelati controllare che la confezione non riporti danni da interruzione della catena del freddo come: bagnate, presenza di brina o ghiaccio, che il freezer sia fornito di termometro, che il riempimento non superi la linea di carico.

Conservazione:

- ✓ Se non preparati subito, vanno riposti immediatamente in frigorifero a temperature non superiori a 4°C, avvolti in pellicole o fogli di alluminio in modo da essere separati dagli altri alimenti, per un max di 2-3 gg. Se non vengono consumati entro tale periodo conservarli ben avvolti in pellicole o alluminio in congelatore per un max di 4-5 mesi.

Preparazione:

- ✓ Carni e pollame, se congelati, vanno scongelati in frigorifero, o nel forno a microonde oppure, se di piccola pezzatura, possono essere cotti direttamente.
- ✓ La cottura deve essere completa al cuore dell'alimento, al fine di ottenere un prodotto cotto, di gusto gradevole e microbiologicamente sano.
- ✓ Una volta cotti vanno consumati immediatamente, oppure raffreddati in breve tempo coperti, refrigerati, consumati entro 2 gg. E prima del consumo riscaldati a buone temperature per almeno 10 minuti.
- ✓ Nel corso delle lavorazioni, non utilizzare mai utensili e piani di appoggio dove si incrocino percorsi di carni crude e cotte.
- ✓ Dopo ogni lavorazione, lavare bene con acqua calda e sapone, utensili, piani di lavoro e mani.

PESCE E FRUTTI DI MARE

Acquisto:

- ✓ Non acquistare prodotti esposti non refrigerati.
- ✓ Controllare che il prodotto sia sodo, le squame brillanti, l'occhio lucido e sporgente, che le branchie siano rosse ed il prodotto non sia maleodorante.
- ✓ Se si acquistano prodotti surgelati, prestare attenzione che non sia presente brina o ghiaccio sulle confezioni. La presenza di dette formazioni indica che il prodotto ha subito l'interruzione della catena del freddo.
- ✓ I frutti di mare vanno acquistati solamente se, avvolti in reticelle con etichetta che riporti la provenienza ed i controlli effettuati.
- ✓ Evitare l'acquisto di frutti di mare che vengano rin-

MENZA SANA IN CORPORE SANO



frescati con acqua di dubbia provenienza.

Conservazione:

- ✓ Il pesce va sviscerato, lavato e cotto subito dopo l'acquisto:
- ✓ In attesa della cottura, va conservato in frigorifero nella parte più fredda, ben protetto e separato da altri alimenti.

Preparazione:

- ✓ Evitare di consumare pesci e frutti di mare crudi
- ✓ Il pesce congelato va scongelato in frigorifero
- ✓ Va cotto completamente, controllando che non compaiano zone rosee, all'interno vicino alla spina dorsale.
- ✓ Dopo la preparazione lavare: mani, utensili e piani di lavoro con acqua calda e sapone.

UOVA E PRODOTTI A BASE DI UOVA

Acquisto:

- ✓ Evitare uova con gusci incrinati
- ✓ Per uova da usare crude, utilizzare solo prodotti freschissimi, controllati e conservati refrigerati.

Conservazione:

- ✓ Si consiglia di lavare i gusci, prima di riporre le uova in frigorifero, dove vanno riposte in contenitore apposito e separato da altri cibi.

Preparazione:

- ✓ Le preparazioni a base di uova vanno cotte bene e consumate immediatamente
- ✓ Per preparazioni da consumare crude occorre un utilizzo veloce ed un prodotto sempre refrigerato
- ✓ Dopo la preparazione gli utensili, i piani di lavoro e le mani, vanno lavati con acqua calda e sapone

LATTE E FORMAGGI

Acquisto:

- ✓ Scegliere i prodotti che hanno subito dei trattamenti idonei ad assicurarne l'innocuità, il latte deve essere pastorizzato.
- ✓ I formaggi "artigianali", venduti su banchi improvvisati, non danno garanzie igieniche, meglio se stagionati per almeno 3 mesi.
- ✓ I formaggi freschi vanno acquistati se conservati in banco frigo e confezionati
- ✓ Controllare le date di scadenza

Conservazione:

- ✓ In frigorifero e contenitori separati
- ✓ Il latte si conserva refrigerato tra 2 e 4°C, max 4 gg dalla data di confezionamento

Preparazione:

- ✓ Le creme a base di latte e di uova, sono alimenti a

rischio, quindi osservare le stesse regole per le creme e le salse a base di uova.

Conserve domestiche

Trattasi degli alimenti più a rischio per il botulismo, intossicazione alimentare dovuta alla tossina che il microrganismo produce in alimenti poco acidi ed in assenza d'aria. Nel nostro paese fra i



suddetti prodotti, i più a rischio sono le conserve di verdure o sott'olio o al naturale. A queste occorre prestare la massima attenzione, poiché la presenza di tossina non altera le caratteristiche organolettiche di odore e sapore; sono comunque da eliminare le conserve che all'apertura lascino uscire gas o presentino bollicine o cattivo odore.

sono comunque da eliminare le conserve che all'apertura lascino uscire gas o presentino bollicine o cattivo odore.

Acquisto:

- ✓ gli alimenti per preparare conserve domestiche, devono essere di prima qualità, non presentare muffe, marcescenze ecc.

Conservazione:

- ✓ vanno conservati nel frigorifero, solo per periodi brevissimi
- ✓ non devono essere lasciati esposti a polveri o altro

Preparazione:

- ✓ lavare bene i prodotti, strofinandoli con uno spazzolino per asportare corpi estranei o terra. Lo spazzolino deve essere ad uso esclusivo per alimenti.
- ✓ Asciugare e non lasciare esposti scoperti prima e dopo la cottura
- ✓ Utilizzare contenitori di piccole dimensioni (max 250-300 ml). Gli stessi devono essere sterilizzati tramite bollitura, con coperchio chiuso, per almeno 10 minuti
- ✓ Nelle marmellate lo zucchero deve essere almeno il 50% del peso della frutta al netto dello scarto
- ✓ Nei prodotti in salamoia, il sale deve essere almeno il 10% del peso dell'alimento
- ✓ I vegetali da conservare, vanno cotti nella pentola a pressione per almeno 3 minuti
- ✓ L'aceto e la conservazione dei barattoli al di sotto dei 10°C, riducono il rischio di sviluppo del microrganismo che causa il botulismo.

Encefalopatie spongiformi trasmissibili e salute del consumatore

L'imponente epidemia di Encefalopatia Spongiforme bovina (BSE), comunemente conosciuta come "mucca pazza", ha creato grandi problemi in tutta Europa, sia nel comparto zootecnico che in quello della salute

umana. Infatti non era noto che si potesse trasmettere una malattia neurolesiva, ad esito letale, all'uomo con semplice consumo di organi cotti di bovini apparentemente sani. Per comprendere quanto sopra descritto, è opportuno fare alcuni cenni su di una malattia che colpisce pecore e capre, conosciuta in Gran Bretagna sin dal 1732: la Scrapie. La scrapie, malattia rara, fino ad oggi ha destato poco l'interesse dei ricercatori, perché ha sempre causato perdite di animali e quindi economiche minime.

Molti ricercatori hanno visto una somiglianza con un gruppo di malattie dell'uomo che hanno caratteristiche simili come: lesioni neurodegenerative, lungo periodo di incubazione e bassissima incidenza. Tra queste ricordiamo la Creutzfeld-Jacob, la Kuru. Proprio quest'ultima ha parecchie analogie con la scrapie, poiché è descritta tra gli indigeni della Papua e della Nuova Guinea, che mangiano cuore e cervello dei parenti estinti per serbare il loro ricordo.

Nel 1981 sono state individuate, nelle lesioni degenerative di uomini ed animali colpiti dalle suddette sindromi degenerative, particolari proteine che una volta isolate si sono dimostrate prive di acido nucleico. Questa proteina è stata definita prione che, per moti-

vi non ancora chiariti, muta e produce una degenerazione dei tessuti colpiti riducendoli simili ad una spugna. Da questo la definizione di spongiforme.

Informazioni ad uso del consumatore

Cosa occorre che il consumatore sappia? Tutte le carni, cioè il muscolo di bovini ed ovini e anche quello di portatori silenti della BSE o della Scrapie, sono senza rischi per il consumatore. Sono a rischio parti come: il midollo spinale, il timo, le tonsille e, causa presenza di organi linfoidi, l'intestino tenue.

Oggi tutti gli animali macellati sono rigorosamente contrassegnati con il codice dell'allevamento di provenienza. Per il bovino l'etichettatura obbligatoria segnala il macello di provenienza.

In sostanza, utilizzare le parti muscolari di animali regolarmente macellati, non costituisce nessun pericolo per il consumatore.

** Direzione Medica Ospedaliera Scuola di Specializzazione di Igiene e Medicina Preventiva II Università Napoli.*

***Settore controllo igiene degli alimenti e della ristorazione collettiva. Azienda Ospedaliera S. Orsola-Malpighi. Area di Igiene Prevenzione e Protezione di Coordinamento e Controllo dei Servizi di Supporto*

SCAN MODUL SYSTEM

Prodotti e sistemi per la logistica ospedaliera



DATA-System
First in - First out



Arredi in varie misure e versioni



Pareti orizzontali ed oblique (mod. VARIO) per inserimento vaschette



Carrelli chiusi in allunero per trasporto materiale



Carrelli aperti



Carrelli con guide telescopiche, antine o serranda



BIOSP S.r.l. - ARREDI TECNICI OSPEDALIERI
Via della Consortia 2 - 37127 Verona
Tel. 045 8378 500 - Fax 0456 378 556 - E-mail info@biosp.it

Pall Filtration, Separation, Solution

Normalmente gli attuali sistemi di decontaminazione presentano un buon margine di sicurezza, può succedere che, a causa dell'arretratezza dell'ingegno di distribuzione, i filtri per un ospedale prefatti ai punti d'uso non rispettano pienamente o quei requisiti di purezza per gli usi cui sono destinati.

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

Le massime considerazioni valgono quando si tratta di procedure mediche e di capire e comunque di tutti i fluidi che, attraversando un sistema di distribuzione nel quale possono annidarsi e crescere cellule batteriche, potrebbero costituire potenziali vettori di infezioni nosocomiali.

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

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



Pall Medical

Divisione della Pall Italia srl
Via G. Druzzini 38/40, 20146 Milano

Tel. 02/47796.1
Fax 02/4122900
www.pall.com

Filtration, Separation, Solution...
© Pall Medical 2000. Tutti i diritti sono riservati. Pall Medical è un marchio registrato di Pall Corporation.

CURRICULA COMPONENTI DIRETTIVO A.N.M.D.O.

In data 23 ottobre 2003, in occasione del congresso "Il Governo Clinico delle Direzioni Sanitarie" tenutosi a Tirrenia, è stato eletto il nuovo Consiglio Direttivo Nazionale dell'Associazione Nazionale

Presidente: **Dott. Gianfranco Finzi**

Nato a Bologna il 30 Maggio 1948.
Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Bologna nel 1974.
Specialista in Igiene e Medicina Preventiva (orientamento in Sanità Pubblica e in Laboratorio Analisi) e in Malattie Infettive.
E' stato insignito dell'Onorificenza di Cavaliere dell'Ordine al Merito della Repubblica Italiana.

Entrato nella carriera di Direzione Sanitaria nel 1975.

Dal 1996 ad oggi Direttore dell'Area di Igiene, Prevenzione e Protezione, di Coordinamento e Controllo dei Servizi di Supporto della Direzione Medica Ospedaliera dell'Azienda Ospedaliera Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna.

Presidente del Direttivo Nazionale dell'Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere, coordinatore nazionale del collegio degli operatori di Prevenzione, di Sanità Pubblica e delle Direzioni Sanitarie, membro della Giunta Esecutiva della Società Italiana di Igiene e Medicina preventiva (S.It.I.).

Professore a contratto presso varie scuole di specializzazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Bologna e dell'Università degli Studi di Ferrara.
Fa parte da anni del comitato di redazione della rivista medico - scientifica "L'Ospedale".
Ha all'attivo un'intensa attività letteraria e divulgatoria, con oltre 150 pubblicazioni su riviste scientifiche italiane e straniere, numerose linee guida e 5 libri che testimoniano il suo grande impegno di igienista.

Relatore in oltre 130 Corsi e/o Convegni Nazionali e Internazionali.



A nome di tutta L'Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere ringrazio il Dr. Paolo Cacciari, Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna, per la fiducia e il sostegno che ha sempre manifestato all'Associazione nel corso di tutti questi anni. Inoltre come Presidente Lo ringrazio vivamente per aver consentito che la sede dell'Associazione fosse, come prevede lo Statuto vigente, presso la sede del Presidente e quindi al S. Orsola Malpighi.

Dr. Gianfranco Finzi

AGLI ASSOCIATI

Da questo numero in avanti sarà presente una novità importante: la creazione di un'area esclusivamente dedicata ai Soci dell'A.N.M.D.O. che sono certo rappresenta una gradita sorpresa per tutti Coloro che in varie occasioni ne hanno fatto richiesta. L'area A.N.M.D.O. sarà uno strumento di contatto e comunicazione tra il Direttivo e i Soci e conterrà gli eventi principali della vita dell'Associazione. Questa non è l'unica novità ma si colloca in una serie di iniziative che il Direttivo ha messo in atto per favorire una maggiore partecipazione di tutti i Soci, specialmente quelli più giovani, alle attività della nostra Associazione, per tale scopo sarà presto disponibile un sito internet A.N.M.D.O. consultando il quale si potrà rimanere sempre aggiornati su fatti, eventi, congressi ecc. Trattandosi di una novità non poteva che cominciare dall'inizio e quindi con il verbale dell'Assemblea tenutasi il 23 ottobre 2003, durante la quale è stato eletto il nuovo Consiglio del Direttivo Nazionale

*Il Presidente Nazionale
Dr. Gianfranco Finzi*

Vicepresidente Attività Scientifica: **Dott. Ugo Luigi Aparo**

Nato a Roma l'1 Ottobre 1951.

Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università "La Sapienza" di Roma nel luglio 1975 con lode.

Specialista in Igiene e Medicina Preventiva; Reumatologia e Medicina Legale e delle Assicurazioni.

Direttore Sanitario dell'Istituto Dermopatico dell'Immacolata, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico dal 1994. Già Direttore Sanitario dell'Ospedale S. Filippo Neri di Roma. Vice Presidente Nazionale dell'Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (ANMDO) con delega al coordinamento delle attività scientifiche dell'Associazione e Componente del Coordinamento Nazionale dei Direttori Sanitari di IRCCS.

Docente di Programmazione, Organizzazione e Gestione dei Servizi Sanitari presso le Scuole di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università "La Sapienza" di Roma e dell'Università di Roma "Tor Vergata".

Docente nel Master in "Epidemiologia dei Servizi Sanitari" dell'Università di Roma "Tor Vergata" e nel corso di Perfezionamento in "Organizzazione e Gestione delle Aziende Sanitarie" dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

Componente del Comitato di Redazione del Bollettino delle Ricerche del Ministero della Sanità.

Autore di circa 270 pubblicazioni edite a stampa.

Relatore di oltre 120 Corsi e/o Convegni Nazionali ed Internazionali.

Vicepresidente Attività Organizzativa: **Dott. Francesco Longanella**

Nato a Castel S. Giorgio il 20 Giugno 1939.

Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Modena nel 1966.

Specialista in Cardiologia e in Igiene e Medicina Preventiva. Ha conseguito il Diploma di "Hospital Manager" - Fondazione Internazionale Fatebenefratelli - Roma e il titolo di MASTER in Amministrazione Sanitaria - Roma

E' stato Direttore Sanitario presso l'Ospedale

“Dell’Immacolata” di Sapri (SA), Direttore Sanitario dell’Ospedale “Curteri” di M.S. Severino (SA), Direttore Sanitario dell’Ospedale “Scarlato” di Scafati (SA) e Direttore Sanitario dell’Azienda Ospedaliera “S. Giuseppe Moscati” di Avellino.

Attualmente è direttore sanitario presso la Clinica Privata “Mediterranea” di Napoli.

Docente Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva della SUN-NA.

E’ stato Docente di Geriatria Sociale - Scuola di Specializzazione in Geriatria - S.U.N. - Napoli.

Componente ed Esperto Comitato Regionale Emergenza Sanitaria della Campania.

Consulente Sanitario per diversi progetti di strutture ospedaliere pubbliche e private.

Coautore volume “Linee guida in endoscopia” edito da A.N.M.D.O. - S.It.I e G.I.S.I.O..

Autore di numerosi articoli su quotidiani e periodici, pubblicazioni scientifiche e poster.

Moderatore, relatore, organizzatore, responsabile e docente di Corsi di aggiornamento e Seminari, congressi scientifici e corsi di formazione anche relativi a programmi ECM.

Vicepresidente Attività Sindacale: Dott. Ugo Podner Komaromy

Nato a Venaria Reale (TO) il 25 Gennaio 1951. Laureato in Medicina e Chirurgia presso l’Università degli Studi di Torino nel 1977.

Specialista in Igiene e Medicina Preventiva.

E’ stato Direttore Sanitario dell’Ospedale di Venaria e dell’Ospedale Martini di Torino, responsabile di vari servizi sanitari delle UU.SS.SS.LL. 26 e 36, Coordinatore Sanitario dell’USSL 26 di Venaria, dell’USSL 36 di Susa, dell’USSL 33 di Nichelino e dell’USL Torino X.

Direttore Sanitario dell’Azienda Ospedaliera San Luigi, di Orbassano, Direttore Sanitario dell’Azienda Sanitaria Locale 5 di Collegno, Direttore Sanitario della Casa di Cura “Villa Grazia”.

Direttore Generale Supplente dell’Azienda Ospedaliera San Luigi, di Orbassano e Direttore Generale dell’A.S.L. 2 di Torino.

Attualmente Presidente del Consiglio di Amministrazione del Consorzio Socio Assistenziale di Alpignano (TO) e Componente del Consiglio di Amministrazione della Casa di Cura “La Bertalozza” di San Maurizio Canavese (TO).

Amministratore delegato dell’Istituto Fisioterapico “Chiros” di Torino.

Componente del Consiglio Direttivo Nazionale dell’ANMDO.

Socio del CRESA (Centro di Ricerca per l’Economia l’Organizzazione e l’Amministrazione della Sanità) del quale è stato componente del Comitato Scientifico.

Ha fatto parte di Commissioni Tecniche e Gruppi di Lavoro della Regione Piemonte su vari temi.

Relatore a convegni e autore di pubblicazioni scientifiche in materia di organizzazione sanitaria.

Segretario Generale per la Segreteria Scientifica: Prof. Karl Kob

Nato a Stein an der Enns (Austria) il 12 Gennaio 1946.

Laureato in medicina e chirurgia presso l’Università di Graz (Austria) nel 1973.

Specialista in Igiene e Medicina preventiva e in Medicina legale e delle Assicurazioni.

Già Ispettore, Vice Direttore e Direttore Sanitario presso l’Ospedale Generale Regionale di Bolzano, Coordinatore Sanitario e Responsabile del Servizio per l’Igiene e la sanità pubblica dell’U.S.L. di Bolzano.

Direttore Sanitario dell’Azienda speciale U.S.L. di Bolzano, successivamente denominata Azienda sanitaria di Bolzano.

Dal 6 ottobre 2003 incarico di Consulenza presso l’Assessorato alla Sanità della Provincia Autonoma di Bolzano in materia di programmazione, organizzazione ed attività scientifiche.

Professore a contratto presso le Scuole di specializzazione di Igiene e Medicina preventiva dell’Università degli Studi di Verona e dell’Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

Coordinatore scientifico e didattico dei Corsi di laurea per Assistenti Sanitari e per Tecnico della prevenzione nell’ambiente e nei luoghi di lavoro presso la Scuola Provinciale Superiore di Sanità di Bolzano “Claudiana”, convenzionata con l’Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma (Istituto di Igiene).

Segretario generale della Sezione scientifica dell’Associazione Nazionale dei Medici delle

Direzioni Ospedaliere (A.N.M.D.O.).

Membro del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SIIP) - Sezione Triveneto.

Autore e/o coautore di più di 80 pubblicazioni su riviste scientifiche, manuali, atti congressuali ecc. su argomenti inerenti la sua attività professionale.

Partecipazione come presidente, moderatore o relatore, a numerosi corsi, seminari, convegni e congressi in ambito provinciale, nazionale e internazionale.

Segretario Generale per la Segreteria Sindacale:

Dott. Alessandro Rampa

Nato a Lecco il 16 Marzo 1950.

Laureato in Medicina e Chirurgia presso l’Università Statale di Milano nel 1976.

Specialista in Igiene e Tecnica Ospedaliera.

E’ stato Direttore Sanitario dell’Azienda Ospedaliera di Lecco, Direttore Sanitario dell’Azienda Ospedaliera di Verona, Direttore Sanitario dell’Azienda Ospedaliera S. Gerardo di Monza.

E’ Direttore Sanitario d’Azienda dell’IRCCS Istituto dei Tumori di Milano.

Segretario generale della Segreteria Sindacale dell’Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (A.N.M.D.O.).

E’ stato Docente presso la Scuola per Infermieri Professionali dell’Ospedale di Lecco nelle materie di “Igiene” ed “Igiene e Tecnica Ospedaliera”; ha svolto attività Didattica presso la Facoltà di Medicina dell’Università Statale di Milano e di Milano Bicocca; ha insegnato materie Igienistico-Organizzative e Edilizia Ospedaliera presso la Scuola di Specializzazione di Igiene dell’Università di Verona.

Ha tenuto lezioni di Economia ed Organizzazione Sanitaria presso la Scuola di Direzione Sanitaria dell’I.R.E.F. per i Corsi di Direttore Generale, di Direttore Sanitario e di Responsabile di Unità Operativa Complessa.

Nominato, dal Ministro della Salute, Esperto del Consiglio Superiore di Sanità in materie di Edilizia e Organizzazione Sanitaria.

Membro effettivo di numerosi comitati, consigli, commissioni tra cui il Comitato Scientifico

news



del Consorzio per lo Sviluppo della Medicina Occupazionale ed Ambientale.

Ha collaborato alla realizzazione di numerosi testi e linee-guida edite a stampa.

Relatore in Corsi e/o Convegni Nazionali ed Internazionali.

Dott. Antonio Biamonte

Nato a Sellia Marina (CZ) il 6 Giugno 1941.

Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Bologna nel 1973.

Ha conseguito presso l'Università degli studi di Messina la specializzazione in Igiene, Direzione e tecnica ospedaliera, la Specializzazione in Igiene e Medicina scolastica e la Specializzazione in Parassitologia medica.

E' stato Ispettore sanitario presso il presidio ospedaliero "A. Pugliese" di Catanzaro; in seguito Direttore Sanitario incaricato del presidio ospedaliero "A. Pugliese" di CZ; Direttore sanitario del Presidio Ospedaliero "Policlinico Mater Domini" di CZ.

Attualmente Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero di Soverato (CZ).

Dall'anno accademico 1988/1989 ad oggi è docente a contratto di educazione sanitaria prima e di Igiene dell'ambiente ospedaliero poi presso la Scuola di Specializzazione in Igiene della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Catanzaro.

Dott. Antonio Cavoli

Nato a Carini (PA) il 15 Marzo 1933.

Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Messina nel 1960.

Specialista in Anestesia e Rianimazione, in Urologia, in Igiene Tecnica e Direzione Ospedaliera.

Ha ricoperto il ruolo di Assistente presso l'Istituto di Clinica e Patologia Chirurgica dell'Università di Messina; in seguito ha prestato servizio come Medico Funzionario (Dirigente Sanitario) presso la sede INAM di Messina.

Dal 1977 ha ricoperto il ruolo di Direttore Sanitario presso l'Ospedale "San Giovanni di Dio" di Agrigento, presso l'Ospedale "Ingrassia" di Palermo e presso l'Ospedale "Casa del Sole" di Palermo sino al pensionamento avvenuto nell'anno 1998.

Socio ANMDO dal 1976, è componente del Direttivo Nazionale.

Dott. Giovanni Dal Pozzolo

Nato a Monte di Malo il 28 settembre 1945.

Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Padova nel 1974.

Specialista in Igiene e Medicina Preventiva.

E' stato assistente Medico di Direzione Sanitaria presso il Presidio Ospedaliero di Thiene-Schio (VI), Vice Direttore Sanitario presso il Presidio Ospedaliero di Bassano del Grappa (Vi), Direttore Sanitario presso il Presidio Ospedaliero di San Bonifacio-Verona.

Attualmente Direttore Medico del Presidio Ospedaliero di Bassano del Grappa (Vi) Iscritto all'ANMDO dal 1983 ha ricoperto in più mandati, a livello regionale, la funzione di membro del Direttivo. Attualmente membro del Direttivo Nazionale.

Ha svolto per circa un decennio attività di docenza in "Igiene e Tecnica Ospedaliera" presso la Scuola per Infermieri Professionali del Presidio Ospedaliero di Bassano del Grappa; ha svolto attività di docenza presso il Consorzio Universitario in Organizzazione Aziendale (C.U.O.A. di Altavilla Vicentina-Vicenza) negli anni '90, '91, '92'. Ha frequentato negli anni '91-'92 presso l'Istituto Scientifico S.Raffaele di Milano un Corso biennale di formazione manageriale per Medici dirigenti di servizi sanitari. Ha collaborato alla realizzazione di numerose pubblicazioni, testi e linee guida edite a stampa.

Relatore, organizzatore, moderatore di Corsi di formazione, Seminari, e Congressi scientifici.

Dott. Carmelo Del Giudice

Nato a Gerocarne (VV) il 22 febbraio 1947.

Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Torino nel 1975.

Specialista in Igiene e Medicina Preventiva. Corso internazionale di Igiene ospedaliera presso Università di Haute Normandie a Suresnes di Parigi, Corso di perfezionamento in Organizzazione e Gestione sanitaria e Corso di Management in Sanità presso SDA Bocconi.

E' stato Direttore Sanitario Ospedale CTO di Torino e coordinatore Sanitario ASL TO 9.

Direttore Sanitario Aziendale Azienda Ospedaliera CTO-CRF- Maria Adelaide di Torino.

Direttore Sanitario Aziendale Azienda Ospedaliera OIRM- S. Anna di Torino, Commissario ASL n. 9 Ivrea TO.

Attualmente Direttore Generale dell'USL 9 di Ivrea TO.

Ha svolto attività di docenza presso la Scuola per Vigiliatrici d'Infanzia, per Tecnici di radiologia e Infermieri Professionali. Ha svolto anche attività di docenza presso la Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Torino.

Ha avuto Incarico di Direttore della scuola per Terapisti della riabilitazione della CRI.

Componente del comitato organizzatore e del comitato scientifico di congressi, corsi e convegni promossi dall'Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (ANMDO).

Dott. Antonio Montanile

Nato a Brindisi il 25 Novembre 1957.

Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Padova nel 1982.

Specialista in Igiene e Medicina Preventiva e in Medicina del Lavoro, ha conseguito Diploma di Perfezionamento in Radioprotezione e Diploma di Perfezionamento in VRQ (Verifica e Revisione della Qualità dei Servizi Sanitari).

"C.OR.GE.SAN.", Corso di Organizzazione e Gestione in Sanità presso la Scuola di Direzione Aziendale dell'Università Bocconi.

E' stato Direttore Sanitario facente funzioni della AUSL BR/1, e Componente il Nucleo di Valutazione Aziendale.

Attualmente Direttore Medico del P.O. di Francavilla F.na - Ceglie.

Membro del Direttivo Nazionale ANMDO.

Docente presso il Corso di Perfezionamento in "Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro in Sanità Pubblica" organizzato dal Dipartimento di Medicina Interna e Medicina Pubblica - Sezione di Igiene - della Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Bari.

Autore e/o coautore di circa 50 lavori scientifici pubblicati su riviste nazionali / atti di convegni nazionali.

Relatore e Moderatore in numerosi Convegni Nazionali e Regionali in tema di Igiene e

Organizzazione Ospedaliera, Igiene e Medicina del Lavoro.

Vincitore per l'anno 2002 del 1° Premio della I° Edizione del Concorso Nazionale "MARIO ZANETTI" per lavori scientifici inerenti l'Igiene e Organizzazione Ospedaliera, organizzato dall'ANMDO.

Prof. Gabriele Pelissero

Nato a Casale Monferrato il 17 Gennaio 1950.

Laureato in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Pavia con lode nel 1974.

Specialista in Igiene e Medicina Preventiva e in Medicina del Lavoro.

E' stato insignito dell'Onorificenza di Commendatore dell'Ordine al Merito della Repubblica.

E' stato Dirigente Sanitario presso l'USSL dell'Oltrepò Pavese e Direttore Sanitario dell'Istituto Policlinico San Donato, polo didattico della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano.

Dal 2000 è Direttore Sanitario Sovrintendente del Gruppo Ospedaliero San Donato, che comprende 16 Aziende Ospedaliere.

Dal 1999 è Presidente dell'A.N.M.D.O. Lombardia, attualmente membro del Direttivo Nazionale.

Professore Ordinario di Igiene presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Pavia. Coordinatore Didattico del Master in Management Sanitario, Direttore del Master in Educazione Sanitaria e Coordinatore Scientifico dei Corsi di Formazione Manageriale dell'Università degli Studi di Pavia.

Coordinatore del Gruppo di Lavoro per la Programmazione Ospedaliera istituito dalla Regione Liguria.

E' stato responsabile di Unità Operativa in Progetti Finalizzati del CNR, della Regione Lombardia e di Istituti di Ricerca pubblici e privati; ed è membro di numerose Società ed Associazioni Scientifiche Italiane e straniere.

E' autore di più di 180 pubblicazioni scientifiche comparse su riviste nazionali e internazionali, di un trattato di Igiene e di un manuale di Amministrazione e Gestione Sanitaria.

Dott. Giuseppe Schirripa

Nato a Cropalati (CS) il 1° Dicembre 1951.

Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Parma nel 1981.

Specialista in Igiene e Medicina Preventiva presso l'Università di Parma.

"C.OR.GE.SAN.", Corso di Organizzazione e Gestione in Sanità presso la Scuola di Direzione Aziendale dell'Università Bocconi; Corso di formazione per Medici di Direzione Sanitaria Ospedaliera "SAGO - ANMDO", presso l'Azienda Ospedaliera di Parma.

Ha prestato servizio in qualità di Assistente Medico di Igiene ed Organizzazione dei Servizi Ospedalieri presso l'Azienda Ospedaliera di Parma in seguito, ha prestato servizio in qualità di Dirigente Medico di 1° livello di Igiene ed Organizzazione dei Servizi Ospedalieri presso il Dipartimento Assistenza Ospedaliera della Direzione Sanitaria dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma ed in qualità di Dirigente Medico di Presidio presso l'Ospedale S.Maria di Borgo Val di Taro, presidio ospedaliero dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma.

Attualmente è in servizio presso il Distretto Parma Città, dell'Azienda USL di Parma, in qualità di Medico Responsabile del Polo Sanitario Parma Ovest.

Oltre ad essere componente del Consiglio Direttivo dell'ANMDO, ricopre la carica di Presidente della Sezione Emilia-Romagna. Ha ricoperto l'incarico di Codirettore del Corso "La direzione di sistemi complessi in sanità pubblica: l'ospedale ed il distretto", organizzato dall'ANMDO dell'Emilia Romagna con la collaborazione dell'Istituto di Igiene e Medicina Preventiva dell'Università di Parma.

Dott. Domenico Stalteri

Nato a Grotteria (RC) il 1° Gennaio 1948.

Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Messina nel 1972.

Specialista in Igiene, Tecnica e Direzione Ospedaliera.

E' stato Direttore Sanitario Ospedaliero e successivamente di Azienda Sanitaria sia locale che ospedaliera e Commissario ASL di Città di Castello dove attualmente è Direttore Sanitario.

E' stato professore a contratto alla Scuola di Specializzazione in Igiene, Tecnica e Direzione Ospedaliera dell'Università di Messina e successivamente alla Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro dell'Università di Perugia.

E' stato docente in corsi di Laurea per Dietisti, Infermieri, Tecnici di Laboratorio presso l'Università di Perugia.

Ha seguito numerosi convegni e corsi di aggiornamento e formazione professionale anche a carattere manageriale all'Università Bicconi di Milano e a Perugia con conseguimento dell'Idoneità a Direttore Generale.

Dott. Graziano Turchi

Nato a Firenze il 26 Febbraio 1953.

Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Firenze del 1977.

Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, medicina Legale e delle Assicurazioni, Medicina del Lavoro.

E' stato Ispettore Sanitario presso gli Ospedali Riuniti di Pistoia, Ispettore Sanitario presso l'Arcispedale S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti di Firenze, Coordinatore Sanitario e successivamente Dirigente sanitario presso la USL 10C di Firenze; Direttore Sanitario dell'Azienda USL di Pistoia, Direttore Sanitario dell'Azienda USL di Lucca.

Attualmente Dirigente Medico dell'Azienda Sanitaria di Firenze.

Professore a contratto, per vari anni, presso l'Università di Siena e Firenze.

Autore di oltre 40 pubblicazioni, alcune delle quali monografiche, in materia di epidemiologia, igiene e organizzazione ospedaliera.

A.N.M.D.O.

(Associazione Nazionale dei Medici delle
Direzioni Ospedaliere)

Tirrenia-23 Ottobre 2003

In data odierna alle ore 18.30 presso la sala Bouganville del Green Park Report di Tirrenia, si è svolta la prima riunione del Consiglio Direttivo Nazionale che è risultato eletto nell'Assemblea Elettiva Nazionale dell'ANMDO che si è tenuta alle h.16.00. Risultano componenti il nuovo Consiglio Direttivo Nazionale, e sono tutti presenti:

APARO	UGO LUIGI
BIAMONTE	ANTONIO
CAVOLI	ANTONIO
DAL POZZOLO	GIOVANNI
DEL GIUDICE	CARMELO
FINZI	GIANFRANCO
LONGANELLA	FRANCESCO
MONTANILE	ANTONIO
PELISSERO	GABRIELE
PODNER KOMARONY	UGO
SCHIRRIPA	GIUSEPPE
STALTERI	DOMENICO
TURCHI	GRAZIANO

Segretario Generale per la segreteria scientifica KOB KARL

Segretario Generale per la segreteria sindacale RAMPA ALESSANDRO

Si procede per la nomina del Presidente Nazionale dell'ANMDO; viene effettuata la votazione a scrutinio palese e viene eletto Presidente Nazionale il dr. Gianfranco FINZI con il seguente esito:

Voti a favore : 12+2

Astenuti : 1

Contrari : 0

Si procede per la nomina dei Vice Presidente Nazionale dell'ANMDO con delega sindacale; viene effettuata la votazione a scrutinio palese e vengono eletti, con la sola astensione degli interessati:

Vice Presidente Nazionale con delega sindacale: *Dr. Ugo PODNER KOMARONY*,
Vice Presidente Nazionale con delega scientifica: *dr. Luigi APARO*,

Vice Presidente Nazionale con delega organizzativa: *dr. Francesco LONGANELLA*

Il dr. LONGANELLA, in qualità di Vice Presidente anziano, ha anche la delega a so-



stituire il Presidente Nazionale in caso di sua assenza.

Si procede per la nomina dei componenti del Direttivo Nazionale in seno alle Segreterie sindacale e scientifica; vengono nominati componenti effettivi della segreteria sindacale:

Dr. Antonio MONTANILE,

Dr. Giuseppe SCHIRRIPA.

Vengono nominati componenti effettivi della segreteria scientifica:

Dr. Gabriele PELISSERO,

Dr. Carmelo DEL GIUDICE.

Il dr. Gabriele PELISSERO assumerà la Direzione Scientifica della rivista dell'ANMDO, "L'OSPEDALE".

Il Presidente nomina quale Segretario del Consiglio Direttivo Nazionale il dr. Marcello ACCIARO (Sardegna), il quale verrà affiancato da un ufficio di segreteria costituito dalla dr.ssa Loredana MAVILLA (Emilia Romagna) e dal dr. Lino WEGHER (Alto Adige).

Il Presidente nomina quale Tesoriere Nazionale il dr. Luca NARDI (Toscana), il quale verrà affiancato da un ufficio di tesoreria, per eventuali ulteriori necessità, costituito dalla dr.ssa T. CUPPONE (Lombardia) e dalla dr.ssa P. MARCHEGIANI (Emilia Romagna).

Viene nominato il Gruppo Tecnico per la revisione dello Statuto, che lavorerà in base alle indicazioni fornite dal Consiglio Direttivo Nazionale e che risulta così costituito: Presidente: *Piero CALTAGIRONE*.

Componenti: *E. Rizzato, R. Li Donni, L. Zamparelli, E. Sesti, A. Zucchini, A. Brusa, B. Falzea, G. Tonutti*.

Il dr. Lorenzo RENZULLI, Presidente uscente, viene nominato quale referente responsabile delle problematiche di natura medico-legale e della difesa legale degli iscritti ANMDO.

Il Presidente FINZI dà mandato al Direttivo di verificare la possibilità di nomina in qualità di Presidente Onorario.

Stante la necessità di programmare un bilancio preventivo si precisa che dovrà essere stabilito un budget per le necessità economiche della Segreteria Sindacale, della Segreteria Scientifica e del Gruppo di Lavoro sul rinnovo dello Statuto.

Il direttivo all'unanimità approva il programma presentato da FINZI all'Assemblea Nazionale (vedi a piè pagina) ed in particolare evidenzia la necessità e l'indispensabilità della creazione di un sito internet nazionale e della revisione-controllo degli iscritti paganti presso tutte le regioni.

Viene stabilito che, dovranno essere verificate e/o stabilite eventuali incompatibilità dei componenti il Direttivo (in primis il Presidente Nazionale) con altre cariche ricoperte in altre associazioni scientifiche.

Viene stabilito che, tra le priorità, previa verifica dell'impatto economico, va individuata la riduzione della quota associativa.

Il dr. MONTANILE solleva una problematica di natura legale inerente un collega della regione Puglia; il Direttivo approva la questione e dà mandato al Dr. RAMPA di interagire con il dr. RENZULLI e con il Dr. MONTANILE per esaminare la situazione. Si rimane d'intesa che il prossimo Direttivo Nazionale è convocato in Bologna per il 28.11. alle ore 14.00 presso la Direzione Sanitaria del Policlinico Sant'Orsola Malpighi.

Il Consiglio Direttivo viene sciolto alle h. 19.15

PROGRAMMA

- Revisione dello Statuto attraverso la nomina di una apposita commissione
- Decentramento con regionalizzazione di varie funzioni, in particolare dell'attività sindacale
- Valorizzazione e salvaguardia dell'attività professionale degli iscritti con l'istituzione anche di un apposito ufficio legale.
- Maggiore coinvolgimento dei giovani associati
- Potenziamento delle attività scientifiche e culturali con particolare attenzione alle problematiche relative alla nostra professione, tenendo anche conto degli indirizzi ECM
- Istituzione di nuove modalità per una completa diffusione della comunicazione anche attraverso la creazione di un sito internet nazionale
- Ulteriore sviluppo della rivista "L'Ospedale" con incremento dei numeri pubblicati annualmente.



LAVASCIUGA & FONENDOSCOPIO

La pulizia degli ambienti dove ci si prende cura degli ammalati o delle persone non autosufficienti è doppiamente importante, perchè 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, comparti di terapia intensiva e di medicina nucleare, reparti di riabilitazione, laboratori e di ogni altro ambiente sanitario.

Coopservice MOLTO PIÙ DI UN SEMPLICE FORNITORE

Coopservice • Divisione Pulizie • Carrigo di Reggio Emilia
Via Bruno Buozzi, 2 • Tel. 0522 94211 • Fax 0522 942120
E-mail: info@coopservice.it



Comunicazione in ospedale

UNA SOLUZIONE FLESSIBILE E COMPLETA

Il progetto Ascom Health Care ha l'obiettivo di ottimizzare la comunicazione all'interno della struttura ospedaliera. Mettendo al centro le esigenze del paziente.

Ascom Wireless Solutions ha progettato una soluzione integrale per gli ospedali con l'obiettivo di offrire la migliore attuazione a tutte le esigenze di comunicazione interna che riguardano sia i pazienti, sia l'ospedale nel suo complesso. Il progetto Ascom Health Care, proposto in Italia da Exhibo, per la prima volta asservisce tecnologie, prodotti e strumenti ad un pensiero strategico che ha per fine la migliore performance in tempi rapidissimi. Ponendo il paziente al centro del sistema, Ascom ha ridisegnato la struttura della comunicazione, che ora trova una nuova logica gestionale con l'integrazione di differenti funzioni. Non bastano infatti strumenti tecnologici avanzati, occorre integrarli per-

ché possano interagire e produrre risultati. Più dettagliatamente, i sistemi teleCARE M, telePROTECT, teleCOURIER, Ascom 9d possono convivere in una singola piattaforma che utilizza l'interfaccia IP (Internet Protocol) per l'integrazione e la connessione a sistemi già presenti: in questo modo non si dovrà rivoluzionare l'esistente, ma utilizzarlo in modo più proficuo ed efficiente. Un esempio concreto: dal Sistema Informativo di Radiologia può partire un messaggio che automaticamente raggiunge il cercapersone del medico interessato al referto di un paziente, e il referto può essere visionato dal computer più vicino. Nel contempo l'infermiere del reparto di Radiologia riceve sul suo cercapersone un messaggio che gli indica che il paziente può essere trasferito nella sua camera. Tutto ciò si traduce in decisioni più rapide e interventi più tempestivi a beneficio dei pazienti. Attraverso la piattaforma Ascom W.S. è possibile poi il costante monitoraggio di tutte le aree e situazioni (allarmi incendi, rivelatori di fumo, gestione struttura e apparecchiature, sicurezza) e dei sistemi informativi (dell'ospedale, dei reparti e dei singoli letti). Una soluzione flessibile e aperta che si adatta, nel tempo, al cambiamento, per offrire sempre un servizio ottimale.



M.U.

Novità

IL LABORATORIO DELL'INNOVAZIONE

L'innovativo sistema parete modulare in DuPont(tm)Corian(r) di Momo Line è specificamente dedicato all'arredo di laboratori scientifici, di ricerca e diagnostica.

La Momo Line (www.momoline.it), azienda costituita nel 1978 e specializzata nello sviluppo e nella produzione di soluzioni integrate di arredo per laboratori scientifici, di ricerca e di diagnostica, appartenente alla rete Corian(r) Quality Network, ha introdotto sul mercato "Innovativa", un rivoluzionario sistema-parete costituito da moduli tecnologicamente innovativi e altamente funzionali grazie al rivestimento dei pannelli in DuPont(tm)Corian(r) (www.corian.com), materiale composito ad alte prestazioni che offre eccezionali caratteristiche di igienicità, estetica e durata. Ogni modulo è composto da due pannelli di 6mm di spessore, dotati di vani tecnici esterni con sportello per il montaggio degli impianti, le ispezioni e la manutenzione. I moduli si agganciano tra loro con un sistema denominato Roto Lock, che funziona con elementi rotanti esercitanti una progressiva trazione. Il particolare materiale permette di ottenere giunture pressoché invisibili all'occhio umano tra i pannelli adiacenti, eliminando pericolosi ristagni di polvere e ostacolando l'azione microbica senza fare uso di sigillature con silicone. A ciò si aggiungono i vantaggi rappresentati dalla superficie liscia e uniforme, dalla bassa risonanza acustica e dalla limitata necessità di manutenzione. Per questo il sistema si rivela particolarmente adatto a tutti quegli ambienti in cui è necessaria un'igiene assoluta.

F.G.



Il servizio in camera del menù prescelto



I sapori della buona tavola

Con la divisione **ORIZZONTI**, in oltre vent'anni di attività, EP ha acquistato un bagaglio di esperienze che lo colloca tra i leader della ristorazione collettiva del nostro Paese. Questo prezioso patrimonio, frutto della grande attenzione che l'azienda ha sempre posto nella comprensione - che, talvolta, è stata anche anticipazione - delle mutevoli esigenze del mercato, lo ha permesso di far leva, anzitutto, sulle figure professionali più qualificate, in grado di esprimere uno standard qualitativo adeguato a bisogni di volta in volta diversi. I servizi curati da EP vanno, infatti, dalla progettazione delle strutture alla scelta delle attrezzature, dall'individuazione dell'impianto più adatto al suo contesto layout, per finire alla vera e propria gestione dei servizi di ristorazione, con personale opportunamente formato. Naturalmente, la prima garanzia di Qualità EP riguarda il prodotto "autentico" delle mense collettive: piananze gustose, genuine, equilibrate.



EP spa
Via Giuseppe Palumbo, 25 - 00195 ROMA
Tel. 06 32751078 - Fax 06 32751638
E-mail eproma@epspa.it

Sede Amministrativa e Operativa:
Via Torracalase - 00125 NAPOLI
Tel. 081 9920820px - Fax 081 7939109
E-mail epnapoli@epspa.it

Leader della Ristorazione

Sito Internet: www.epspa.it



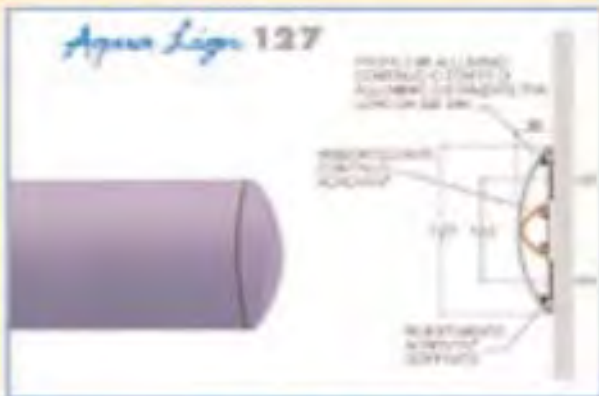
Acrovyn®

AMBIENTE *Acqua*

La rivoluzione nelle protezioni murali

- Forme ergonomiche
- Montaggio semplificato
- Sistema brevettato

Quick install



OS FRANCE s.r.l.
Via Carlo Cattaneo, 1/3
24030 Ambivere - Bergamo
Tel. 035 4932114 - Fax 035 4932801
www.os-grup.it - e-mail: info@os-grup.it

ORIZZONTI

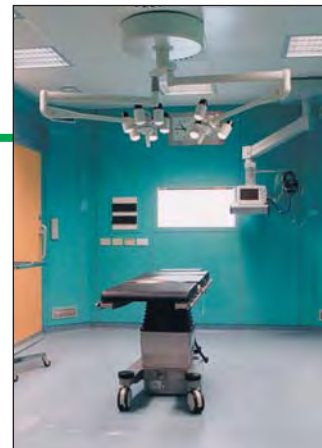
**Sicurezza, igiene e funzionalità
L'EVOLUZIONE DELLA CHIRURGIA
AMBULATORIALE**

Una sala di Chirurgia Ambulatoriale deve garantire la stessa sicurezza, funzionalità e requisiti igienici di un Blocco Operatorio vero e proprio. Per questo COMESA Sistemi Medicali pone particolare attenzione alla scelta delle soluzioni e dei materiali utilizzati.

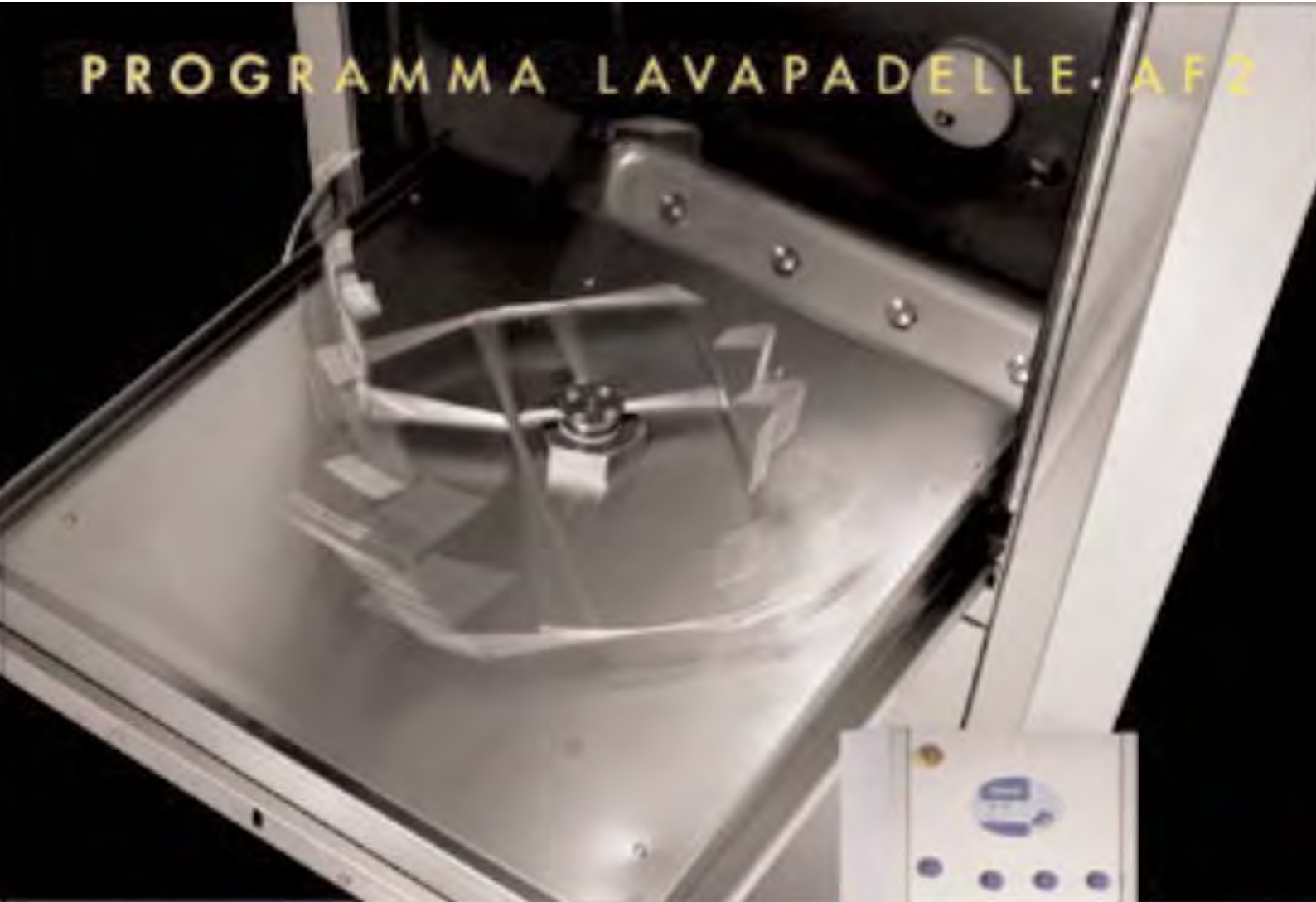
Chirurgia ambulatoriale e Day Surgery rappresentano oggi l'evoluzione naturale delle tecniche chirurgiche tradizionali. Il passaggio da una chirurgia prevalentemente invasiva ad una mini-invasiva investe, necessariamente, anche l'organizzazione e la logistica, sia in strutture ospedaliere "on campus", sia in strutture private "off campus". Occorre quindi porre attenzione alla creazione di un ambiente funzionale, confortevole, altamente tecnologico e al tempo stesso conforme alle normative in materia. In quest'ottica COMESA Sistemi Medicali ha realizzato un significativo intervento, curando l'allestimento di una sala operatoria, comprensiva di impianti gas medicale, elettrico e condizionamento in un Ambulatorio dedicato alla Chirurgia Plastica presso la clinica vicentina di Villa d'Alviano.

L'area operatoria dell'Ambulatorio comprende una zona-filtro comune a paziente e personale medico, una preparazione e osservazione post-operatoria, una zona riservata alla preparazione chirurghi e la sala operatoria dotata di tutti i requisiti richiesti in un blocco operatorio vero e proprio con annesso un locale di sub-sterilizzazione, un deposito materiale pulito e un deposito dello sporco. Grande la cura dei materiali utilizzati: la struttura prefabbricata, con pannelli in acciaio verniciato per la sala operatoria e un rivestimento murale in fibre di vetro per i locali attigui, garantisce flessibilità impiantistica. Il pavimento è in gomma per le proprietà antiscivolo e elettroconduttive. Le pareti sono attrezzate con arredi da incasso, quali prese gas, orologio contasecondi, negatoscopio e pannello comandi. A ciò si aggiungono tre porte scorrevoli a tenuta ermetica, di cui una, automatica, conduce alla zona lavaggio chirurghi. La fornitura di attrezzature fisse comprende lampada scialitica, pensili, tavolo operatorio per la sala operatoria, travi testaleto a parete sia per la zona degenza sia per il locale preparazione-osservazione e gli arredi in acciaio.

U.S.



PROGRAMMA LAVAPADELLE AF2



Nuovo sistema con supporto rotante automatico brevettato



Modello
AF2 - COPET

Sicuri della nostra affidabilità

Da oltre quarant'anni la ATOS guarda in avanti progettando e producendo apparecchiature sanitarie d'alta qualità che anticipano le esigenze di igiene totale nei laboratori, nelle sale operatorie e nei reparti ospedalieri. In ogni soluzione ATOS si riconosce l'attenzione di uno specialista che progetta soluzioni secondo il punto di vista degli operatori dedicando particolare attenzione alle caratteristiche tecniche, al design ergonomico ed alla definizione dei minimi dettagli funzionali.

ATOS
design & hi-tech

ATOS srl
V.le del Lavoro, 19
37030 Collegno di Calli
Verona (Italy)

*Good work and safe work
is best engineering*



tel. +39.045.6159411
fax +39.045.6159422
info@atos.com
www.atos.com



Quanto di più vicino
alla semplicità e allo stile.



l'azienda palmar, azienda torinese leader del gruppo è il specialista nel
fornire i servizi della vita sociale, gli ambienti di lavoro, comunità
dove le persone interagiscono giorno dopo giorno. Ammobili, lampade,
banchi, parti di lavoro strutturate, fra le tante altre, sono i servizi
che, anche per piccoli, per rendere questi luoghi devono essere
a tutti, servizio più semplice ed armonico di stile.



Lo stile della semplicità.

GES GROUP s.r.l. • Strada Bresciana, 14 • 37133 VERONA
Tel. +39 045 8960420 • Fax +39 045 8960421
www.gesgroup.it • e-mail: info@gesgroup.it



Qualità nel rispetto dell'ambiente
IL SISTEMA DELLA QUALITÀ
L'offerta di Palmar si basa su solidi cardini: pulizia, igiene, professionalità, qualità, sicurezza, tutela e rispetto per i lavoratori e per l'ambiente.

Il sistema qualità adottato da Palmar, azienda con esperienza decennale, permette all'azienda torinese, da sempre, di progettare e controllare sistemi di pulizia ad hoc per la clientela. Dove, se non in ambito sanitario, la pulizia e l'igiene rivestono un ruolo fondamentale nel core business del cliente? Il principio fondamentale su cui si basano le ricerche di Palmar è nella capacità di comprendere a fondo le esigenze legate all'attività del cliente, e di analizzare le problematiche specifiche delle aree di competenza al fine di costruire attorno ad esse un sistema capace di soddisfare i diversi bisogni. Le procedure seguite prevedono infatti un esame congiunto da parte delle funzioni interessate (direzione tecnica, qualità, ambiente e sicurezza) che operano a stretto contatto con le committenze scambiando informazioni per ottenere un risultato ottimale. I progetti, seppur collaudati da una pluriennale esperienza, sono oggetto di costanti e periodiche revisioni in funzione di un adattamento alle mutate esigenze e caratteristiche degli ambienti e delle utenze finali. L'azienda è riuscita, negli anni, a convincere i fornitori di questa trasformazione del modo di lavorare, e a farli diventare partner fin dal momento della presentazione dell'offerta, arricchendo così il gruppo di progettazione di consulenti altamente specializzati. Pulizia, igiene, professionalità; e ancora qualità, sicurezza dell'utenza e dei lavoratori, tutela e rispetto per l'ambiente. Questi i cardini dell'organizzazione Palmar.

S.F.

SANOCIT CX 3C BOMBOLINO

Da Kemika il disinfettante detergente a tripla concentrazione per servizi igienici (Reg. Ministero della Sanità n° 18852)

E un prodotto disinfettante detergente concentrato da utilizzarsi con l'apposito flacone diluatore per la disinfezione e la pulizia di bagni (sanitari, rubinetterie, piastrelle) e per attrezzature e apparecchi igienici in ospedale, scuole, comunità centri medici, ecc. Rimuove le macchie di calcare ed allo stesso tempo sidiinfetta e deodora l'ambiente. Contiene Clorexidina Digluconato allo 0,4% che, dopo la diluizione nel flacone diluatore porta ad una concentrazione di principio attivo pari a 1300 ppm. Il prodotto è conforme alle norme: ANOR T72-150 (metodo di diluizione neutralizzazione), EN 1276 Valutazione dell'attività battericida in presenza di sostanze interferenti, EN 13697 Attività battericida (test di superficie)

M.M.

LA SICURZA IN UN GUANTO

L'azienda 2G, leader nella produzione di guanti industriali, offre una linea diversificata e completa di guanti per uso medico ed ospedaliero.

I monouso Alliance Rubber sono in lattice naturale, lubrificati con polvere vegetale (certificata come non OGM) oppure senza polvere. Hanno ottenuto due certificazioni. La prima, EN374, contro eventuali rischi chimici, la seconda per l'assoluta garanzia di sicurezza nel contatto con gli alimenti. In generale, un guanto per poter essere definito ipoallergico deve avere, nel materiale di cui è fatto, un ridotto contenuto di proteina del lattice (inferiore a 50 microgrammi per grammo). I guanti della 2G subiscono un

processo di eliminazione di questa proteina, che raggiunge i 24 microgrammi per grammo nel guanto senza polvere. I monouso Arsafe, invece, sono in nitrile, antiallergici, ideali per i laboratori di analisi, disponibili



li sia lubrificati con polvere vegetale che senza polvere (certificati EN374, EN388 ed EN455). I sottoguanti per chirurgo in filato Spectra, antitaglio raggiungono il livello 5 di resistenza al taglio (certificati EN388). Completano la linea di prodotti 2G le calze con cinque dita, per gli operatori che hanno problemi di sudorazione, e la crema dermo-protettiva GL1m&dsalbe, adatta per i decubiti, la sudorazione, eczemi e dermatiti.

U.B.

Linee carta

CARTA BIANCA ALLA QUALITÀ

Da una ventina d'anni Eurocarta realizza e commercializza prodotti in carta di alta qualità, frutto di una continua e costante crescita tecnologica supportata da grande professionalità e solida organizzazione, a partire dalla stessa struttura aziendale, snella ma estremamente funzionale. Da sempre al servizio delle esigenze della clientela. Vastissima la gamma dei prodotti, tutti di estrema affidabilità, strutturata in cinque tipologie per coprire l'intero spettro della domanda: bobine, asciugamani, carta igienica, lenzuolini medici, tovaglie e tovaglioli. Le linee Goffry, Cottonsoft, Eurosoft, le bobine monorotolo, i tovaglioli intercalati o piegati a c: tanti prodotti che hanno, come denominatore comune, la qualità e l'attenzione verso l'utilizzatore finale. L'utilizzo delle migliori materie prime consente all'azienda di ottenere prodotti con alte resistenze sia a secco che a umido, mentre le più moderne tecnologie consentono di dare al prodotto morbidezza e alta capacità di assorbimento, pur mantenendo invariate le caratteristiche di resistenza della materia prima.

F.G.



GESTIONE & FORMAZIONE
SEMPRE AL SERVIZIO DEL CLIENTE
 ORGANIZZAZIONE E FORMAZIONE

3° CORSO DI AGGIORNAMENTO
QUALITÀ ed ECONOMICITÀ
dei SERVIZI

Rimini, 6 e 7 maggio 2004



PRIMO ANNUNCIO

ECM è in corso la richiesta di accreditamento
 Quale attività formativa residenziale per tutte le professioni

CORSO A NUMERO CHIUSO
RISERVATO A UN MASSIMO DI 300 PERSONE

3 CORSO DI AGGIORNAMENTO

Segreteria Organizzativa
CSR Congressi srl
 sede legale: Via U. Bassi 13 - 40121 Bologna
 sede operativa: Via G. Matteotti 35 - 40057 Granarolo dell'Emilia
 Tel. 051/765357 - Fax 051/765195
 info@csrcongressi.com - www.csrcongressi.com

LA SOLUZIONE GIUSTA IN MONDO CARTA
Una gamma di prodotti per gli ospedali e le comunità.
Mondo Carta presenta proposte pensate appositamente per il lavoro nei contesti medico-sanitari, dove soluzioni di cleaning e necessità accessoriali sono particolarmente esigenti.

La Mondo Carta propone una linea di prodotti specifici per i contesti ospedalieri. MC Sanifix è un disinfettante deodorante ad ampio spettro a base di Bardac 22, in grado quindi di combattere la proliferazione di germi su tutte le superfici lavabili (bagni, docce, lavelli, cucine, servizi igienici, ospedali a ambienti a rischio di infezioni). La formula, con tensioattivi a basso potere schiumogeno ed essenze profumate, assicura, insieme ad una perfetta pulizia, una gradevole profumazione delle superfici trattate. E' un prodotto registrato dal Ministro della Sanità. Per quanto riguarda invece gli accessori in carta, è disponibile un lenzuolino medico in pura ovatta di cellulosa (dimensioni 100x60) e veline cosmetiche in due veli nello stesso materiale. Mondo Carta produce inoltre la linea di carrelli multifunzione "carenati" "Idea MX", caratterizzati da grande manovrabilità e robustezza. Facili da pulire, conformi alle norme HACCP, i carrelli MX, grazie al design innovativo e gradevole, possono essere lasciati a vista in qualsiasi ambiente. Sono realizzati in materie plastiche di prima qualità, con particolari in acciaio inox, che rendono il carrello resistente a qualsiasi agente ossidante. In ultimo, sempre per il settore ospedaliero, ci sono i guanti per ispezione di colore bianco. Sono guanti in lattice ad uso medicale a ridotto contenuto proteico, con amido di mais biocompatibile (USP grade). Appartengono al dispositivo medico di classe 1, secondo la direttiva CEE 93/92. Si tratta di guanti ambidestri, con polsino arrotolato, molto resistente all'estensione di rottura (indice del MIN: 800% prima dell'usura e del 600% dopo l'usura) e in grado di sopportare una notevole forza di tensione. Le consegne sono effettuate in maniera veloce e puntuale. Il servizio offerto da Mondo Carta è infatti orientato alla massima soddisfazione del cliente.

A.S.

AZIENDE CITATE

ASCOM - EXHIBO

Monza (MI)
 Tel. 0392084253
 www.exhibo.it

COMESA

Sistemi Medicali
 Assago (MI)
 Tel. 0245706328
 Fax. 0245706329
 info@comesamed.it
 www.comesamed.it

EUROCARTA

Porcari (LU)
 Tel. 0583211222

KEMIKA

Ovada (AL)
 Tel. 014380494
 Fax. 0143823068
 info@kemikaspa.com
 www.Kemika.com

MOMO LINE

Casandrino (NA)
 Tel. 0815053714
 Fax. 0815052783
 info@momoline.it
 www.momoline.it

MONDO CARTA

Cerro Maggiore (MI)
 Tel. 0331512975
 Fax. 0331511928
 info@mondocartasrl.it

PALMAR

Cascine Vica Rivoli (TO)
 Tel. 0119552500
 Fax. 0119571077
 info@palmar.net
 www.palmar.net

2 G

Monsagrati Pescaglia (LU)
 Tel. 0583385500
 Fax. 058338394
 2g@2g-guanti.com
 www.2g-guanti.com

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

LAVORI ORIGINALI

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

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

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

LETTERE AL DIRETTORE

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

BIBLIOGRAFIA

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

Riviste

- *Articolo standard (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

AT-OS

Colognola ai Colli (VR)
Tel. 0456159411
info@at-os.com
www.at-os.com

BIOME'RIEUX

Roma
Tel. 06523081
Fax 0652308240

C/S Group Italia

Ambivere (BG)
Tel. 0354932114
info@c-sgroup.it
www.c-sgroup.it

ECOLAB

Agrate Brianza (Mi)
Tel. 0396050.1
Fax 0396050.555
www.ecolab.com

ESOFORM

Rovigo
Tel. 0425474747
esoform@esoform.it
www.esoform.it

ETHICON

Johnson & Johnson
Pratica di Mare Pomezia (RM)
Tel. 0691194319
Fax 0691194290

GRECO SERVIZI S.R.L MILANO

Tel. 028467689
grecoservizi@grecoservizi.com
www.grecoservizi.com

GRITTI

Bolzano
Tel. 0471543333
grittisp@tin.it

PALL ITALIA MILANO

Tel. 02477961
Fax 024122985

PALMAR

Cascine Vica Rivoli (To)
Tel. 0119552500 r.a.
Fax 0119571077
e-mail: info@palmar.net
www.palmar.it

PEDUS

Bergamo
Tel. 035408111
www.pedus.it

ZUFFELLATO Computer

Ferrara
Tel. 0532904711