

L'OSPEDALE

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



Periodico dell'ANMDO
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
MEDICI DIREZIONI OSPEDALIERE



N° 3/04

30° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

- L'azienda sanitaria. Quale Direzione?
- Trend istituzionale e organizzativo delle aziende e delle direzioni sanitarie
- La direzione sanitaria: la proposta culturale

MANAGEMENT

Gli standard di valutazione del servizio di sterilizzazione nelle lavanderie industriali

MANAGEMENT

Il risk management sanitario nei programmi di qualità e clinical governance

ORGANIZZAZIONE

La riorganizzazione del servizio di trasporto interno: la realizzazione dell'ufficio logistica

OTTIMIZZAZIONE

Sperimentazione di impiego e valutazione comparativa nell'utilizzo in sala operatoria di tessuti tecnici riutilizzabili rispetto ai tessuti tradizionali

TECNOLOGIA

Ospedale Tecnologico

LINEE GUIDA

Linee guida relative al servizio di noleggio, lavaggio, disinfezione, fornitura, consegna e ritiro di biancheria piana, confezionata, materassi e guanciali

ANMDO NEWS

ORIZZONTI



30°

CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.

Associazione Nazionale Medici di Direzione Ospedaliera

L'AZIENDA SANITARIA: QUALE "DIREZIONE"?



Sorrento (Napoli)

23-24-25 settembre 2004

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



Pall Filtration, Separation, Solution

Nonostante gli ottimali sistemi di decontaminazione presenti un'ampia margine di sicurezza, può succedere che, a causa dell'irregolarità dell'impianto di distribuzione, i fluidi per uso ospedaliero prelevati ai punti d'uso non rispettano pienamente i quei requisiti di purezza per gli usi cui sono destinati.

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

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

Queste situazioni possono essere risolte 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 traggono 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 post-vendita qualificata.



Pall Medical

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

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

Filtration, Separation, Solution...
© 1997 Pall Corporation. Tutti i diritti sono riservati. Pall Medical è un marchio registrato di Pall Corporation.

ECOLAB

Centro Direzionale Colleoni
Via Paracelso, 6
20041 Agrate Brianza (MI)
Tel. 039.6050.1
Fax 039.6050.555
www.ecolab.com



Leader nella
disinfezione
dello strumentario
chirurgico
ed endoscopico



e nella
disinfezione delle
apparecchiature
per emodialisi

Soluzioni globali per l'igiene totale



Ecolab è
sinonimo
di sicurezza
di disinfezione
assoluta

Una gamma innovativa
di prodotti e metodologie
in grado di rispondere a tutte
le necessità di disinfezione
ospedaliera

Disinfezione

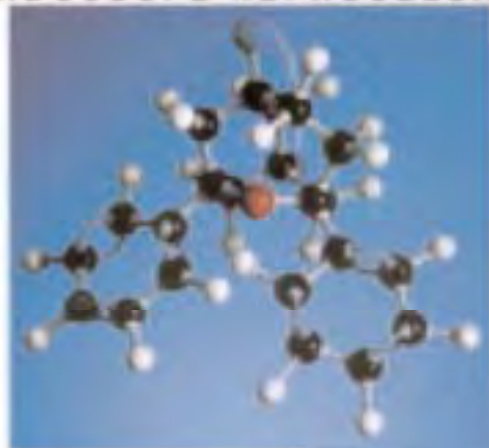
ECOLAB

ERS ENDOSCOPE REPROCESSING AND STORING SYSTEM

UNA NOVITÀ MONDIALE TUTTA ITALIANA
• REDAZIONALE ALL'INTERNO •



ERS ENDOSCOPE REPROCESSING AND STORING SYSTEM



International Medical Service s.r.l.
Via Laurentina, 169 - 00040 POMEZIA (RM) - ITALY
Tel +39 069145399 - Fax +39 069146099
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 VII - Numero 3 Luglio-Settembre 2004

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. Cattantani, C. Del Giudice, G. Finzi, K. Kob, A. Marcolongo, G. Pelissero

Hanno collaborato
G. Finzi, G. Pelissero, U.L. Aparo, S. De Lorenzi, P. Cugini, G. Salvatorelli, L. Mavilla, P. Vastora, A. De Vita, A. Riccio, M.T. Benghi, A. Alessandri, A. Appicciafuoco, S. Bocchi, R. Guadagno, E. Burato, A. Rigo, G. Borsatti, S. Bettolini, P.V. Storti, R. Sancassani, E. Palvarini, M. Favaro, M. Squassina, V. Raffone, O. Caporale, F. Cocco, N. Alvaro, V. Castelli, A.M. Cremonini, M. Pezzi, G. Di Pietro, S. Mei, A. Rossi,

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: 01/01/2003 - 31/12/2003
Tiratura media: N. 5250 copie
Diffusione media: N. 5044 copie
Certificato CSST N.2003-737 del 23 Febbraio 2004
Società di Revisione: CONSULAUDIT
Tiratura del presente numero: 5.000 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. 675/967"



30° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

5

EDITORIALE

25

MANAGEMENT

Gli standard di valutazione del servizio di sterilizzazione nelle lavanderie industriali

28

MANAGEMENT

Il risk management sanitario nei programmi di qualità e clinical governance

34

ORGANIZZAZIONE

La riorganizzazione del servizio di trasporto interno: la realizzazione dell'ufficio logistica

40

OTTIMIZZAZIONE

Sperimentazione di impiego e valutazione comparativa nell'utilizzo in sala operatoria di tessuti tecnici riutilizzabili rispetto ai tessuti tradizionali

40

TECNOLOGIA

L'Ospedale Tecnologico

56

LINEE GUIDA

Linee guida relative al servizio di noleggio, lavaggio, disinfezione, fornitura, consegna e ritiro di biancheria piana, confezionata, materassi e guanciali

62



82

RUBRICHE

ORIZZONTI

84



*Nella mappa dei servizi
scopri la nostra rotta*

www.servicemed.it

Chi Siamo

Servizi

Aspetti Clinici

Prodotti

News

Eventi

Dove Siamo

Servizi

Benvenuti sul sito della Service Med, la società specializzata nella fornitura di prodotti, servizi e consulenze territoriali per:

**TERAPIA E PREVENZIONE DELLE LESIONI DA DECUBITO
ALLETTAMENTO E MOBILIZZAZIONE DEI DEGENTI
PROFILASSI INTRA-POST OPERATORIA DELLA TROMBOSI VENOSA PROFONDA**

Privacy

SERVICE MED srl Servizi e Forniture Medicali

Via dell'Agricoltura, 38 - 37012 Buscangro - Tel. 045 6717441 - Fax 045 713000 - E-mail: info@servicemed.it

Relazione del Presidente Nazionale Gianfranco Finzi al 30° Congresso Nazionale ANMDO

L'azienda sanitaria. Quale Direzione?

Il Direttivo ha ritenuto opportuno che il Presidente dovesse introdurre questo Congresso Nazionale, il 30° della storia dell'A.N.M.D.O., con una relazione che vertesse interamente sullo stato dell'Associazione, data anche la complessità e l'importanza dei temi che sono stati affrontati nel programma congressuale.

Il Direttivo Nazionale ha promosso fortemente l'attività sindacale dell'Associazione durante gli 11 mesi trascorsi dalla sua nomina.

Tale attività, coordinata dal Dr Alessandro Rampa, ha visto coinvolto tutto il Direttivo Nazionale e la Presidenza in quanto nel 2004 l'A.N.M.D.O. è stato protagonista di un vivace dibattito nazionale riguardante il disegno di legge del Ministro della Salute on. Sirchia recante "Principi fondamentali in materia di Servizio Sanitario Nazionale" che per la prima volta metteva in discussione **il ruolo e le competenze del Direttore Sanitario nel Governo dell'Azienda Sanitaria.**

Il Disegno di Legge nella prima stesura recitava:

".....Al Coordinatore clinico aziendale possono essere attribuite anche tutte le funzioni di pertinenza del Direttore sanitario aziendale con la contestuale soppressione della predetta figura; il Coordinatore clinico rimane titolare della struttura complessa cui è preposto, salvo che allo stesso siano attribuite anche tutte le funzioni di pertinenza del Direttore sanitario aziendale,

senza ulteriori oneri a carico del bilancio aziendale.....

....La Regione può disporre che, in tutte le aziende sanitarie o esclusivamente nelle aziende ospedaliere, le funzioni di pertinenza del direttore sanitario aziendale, salvo le funzioni igienico-organizzative riservate ai Dirigenti di cui al comma 1, lettera b) del presente articolo, siano svolte dal Coordinatore clinico aziendale, con contestuale soppressione della figura del direttore sanitario aziendale di cui al comma 7 dell'art. 3 del decreto legislativo 502 del 1992 e successive modificazioni. In caso di soppressione della figura del direttore sanitario aziendale, i direttori sanitari aziendali in carica continuano ad esercitare le funzioni fino alla scadenza del relativo contratto, salvo diversa disposizione regionale; in tale ipotesi il coordinatore clinico entra in carica alla scadenza del contratto del direttore sanitario aziendale.....".

Questa occasione ci ha permesso in modo assai traumatico di riconsiderare la nostra vera identità e di riallacciare legami che da alcuni anni avevamo trascurato. Ricordo le Istituzioni che hanno accettato un dialogo costruttivo con l'A.N.M.D.O.:

- Senato
- Camera dei Deputati
- Presidenza regione Piemonte
- Presidenza regione Veneto
- Assessorato alla Sanità Regione Emilia Romagna
- Conferenza stato regione
- SItI

Esse ci hanno assicurato pieno appoggio nel difendere il ruolo e la professionalità del Direttore Sanitario di Azienda e del Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero. Il Dibattito che ne è scaturito è stato assai vivace, ricordo per esempio la posizione di Catananti e Aparo nell'articolo "Il destino dei direttori incrociati" ".....Per i Direttori sanitari italiani non si può proprio dire che l'anno sia cominciato bene. Più correttamente dovremmo dire che è finito decisamente male quello appena passato. Il Natale del 2003 ha infatti regalato ai Direttori sanitari un "Disegno di Legge recante principi fondamentali in materia di Servizio Sanitario Nazionale" proposto dal Ministro della Salute che ha suscitato più che rabbia, amarezza e delusione. Niente è definitivo in questo mondo e quindi carriere, ruoli, funzioni passano. Sono sparite dal panorama della sanità pubblica figure storiche come quelle dell'ufficiale sanitario e del medico condotto. E dopo qualche lamentela, anche forte, nessuno alla fine si è agitato più di tanto. Morto un papa se ne fa un altro. Però un papa ci vuole. Baroni poco rampanti e Visconti assai dimezzati servono a poco. Buon anno dunque a chi è d'accordo con il contenuto del testo di Disegno legge. Il nostro, da Direttori Sanitari, non è cominciato bene ma rimarremo al nostro posto con lo stile che da sempre ci ha contraddistinto. Dovremo morire? Lo faremo con la bandiera in mano. Ma abbiamo fiducia nelle Regioni e nel

Parlamento e siamo sicuri che sapranno introdurre nel Disegno di legge i correttivi necessari. L'obiettivo è quello di disporre di una normativa che, pur esaltando il ruolo dei clinici, non penalizzi l'azione direzionale. Una azione che per essere ottimale, particolarmente in sistemi complessi come quello sanitario, deve prevedere una forte coesione interna, una vision strategica di ampio respiro, specifiche sensibilità. E competenze che non si inventano dalla notte al mattino".

Ricordo inoltre gli interventi di Rosario Mete, Giuseppe Materazzo, Augusto Panà e Gualtiero Ricciardi in difesa del nostro ruolo professionale.

Il DISEGNO DI LEGGE n°160 Principi fondamentali in materia di Servizio sanitario nazionale è stato rivisitato dal Consiglio dei Ministri il 3 Giugno 2004. E' stata modificata in parte la posizione espressa nella versione precedente in quanto non viene più messa in discussione la presenza del Direttore Sanitario di Azienda nel management strategico delle Aziende Sanitarie; inoltre recita che "c) le funzioni igienico-organizzative dei presidi ospedalieri restano affidate a direttori sanitari di presidio ospedaliero, con la specializzazione in igiene, medicina preventiva e organizzazione sanitaria o, in assenza, a un medico che abbia un'esperienza di cinque anni nei relativi servizi."

Ribadisco pertanto i principi per cui l'A.N.M.D.O. si batte e che rappresenta la linea dell'associazione su questa tematica: il Direttore Sanitario di Azienda è e deve rimanere il principale responsabile del governo aziendale partecipando al processo di pianificazione ed alla definizione degli elementi necessari alla realizzazione del governo clinico. **Il Direttore**

Sanitario di Azienda è e deve essere il responsabile del governo clinico complessivo dell'azienda, promuovendo e coordinando le azioni finalizzate al miglioramento dell'efficienza, dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, nonché alla garanzia di equità nell'opportunità di accesso.

Il Direttore Sanitario di Azienda è e deve rimanere il responsabile della qualità e dell'efficienza tecnica della produzione di prestazioni sanitarie e della valutazione delle compatibilità finanziarie dei percorsi clinico-assistenziali.

Posizione esplicitata in più documenti già prima della proposta del Ministro Sirchia e chiaramente nella relazione della segreteria scientifica "IL GOVERNO CLINICO NELLE DIREZIONI SANITARIE" nel 2003 dove tra l'altro si leggeva.....

"Il direttore sanitario è il responsabile del governo clinico inteso come l'unione di quattro fondamentali dimensioni della qualità: la qualità professionale la qualità percepita l'efficienza il risk management....."

Alla direzione sanitaria di presidio ospedaliero, invece, spetta la funzione di individuare i settori assistenziali più critici nell'ospedale, per esiti, per variabilità professionale, per percorso assistenziale, per costi, ecc., e di gestire i gruppi di lavoro per la definizione di linee guida aziendali, armonizzandole con le diverse linee guida dell'azienda, evitando contraddizioni nell'organizzazione, nelle valutazioni tecniche, nonché riconducendo le decisioni cliniche anche a valutazioni di costi-efficacia e costi efficienza. Il Direttore Sanitario di presidio ospedaliero promuove e coordina le azioni finalizzate al

miglioramento dell'efficienza, dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, concorre, nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, al raggiungimento degli obiettivi aziendali ed opera sulla base degli indirizzi del direttore sanitario di Azienda, assicurando la continuità assistenziale con i servizi territoriali.

Il Direttore Sanitario di presidio ospedaliero ha precise competenze gestionali, organizzative, igienico-sanitarie, di prevenzione, medico-legali, scientifiche, di formazione, di aggiornamento, di promozione della qualità dei servizi sanitari e delle rispettive prestazioni.

Egli svolge attività di indirizzo, coordinamento, supporto e verifica nei confronti dei direttori medici dei dipartimenti ospedalieri, delle strutture complesse e delle strutture semplici di dipartimento.

A tale scopo promuove l'integrazione delle strutture sia all'interno del presidio che con quelle territoriali, ed, infine, promuove, coordina e verifica iniziative finalizzate alla promozione della salute...."

Ricordo che nello stesso periodo veniva anche presentata la PROPOSTA DI LEGGE N. 4550 D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI PALUMBO, DI VIRGIO, PARODI, MASSIDDA, STRADELLA, TABORELLI, TAGLIALATELA, TAORMINA, TARANTINO, VERDINI, ZAMA ed altri avente in oggetto:

"Modifiche alla disciplina del rapporto di lavoro dei medici del Servizio sanitario nazionale", presentata il 10 dicembre 2003. Il Direttivo Nazionale dell'A.N.M.D.O. dopo un'intensa riflessione sugli eventuali correttivi da apportare all'attuale ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale aveva condiviso quanto affermato dai firmatari della proposta di legge,

proponendo di apportare il proprio proficuo contributo tecnico scientifico per la elaborazione di nuove proposte concrete.

La Segreteria Sindacale ha svolto anche una importante attività a livello nazionale attraverso la partecipazione a tutti gli incontri tenutisi per la riorganizzazione della FESMED (in ambito della quale A.N.M.D.O. ha ottenuto la Segreteria Nazionale (Rampa) e due Presidenze Regionali: Veneto (Dal Pozzuolo) e Lucania (Gallitelli))

Anche l'azione sindacale nazionale per il rinnovo del contratto è stata ed è portata avanti dalla Segreteria Sindacale Nazionale con l'obiettivo di arrivare in tempi brevi ad un rinnovo contrattuale di categoria che sia il migliore possibile (nonostante i tempi e la situazione economica generale difficile).

Come richiesto da molti, dovremo in tempi brevi aprire un dibattito interno per valutare se la permanenza dell'A.N.M.D.O. all'interno della FESMED rappresenti al meglio la nostra professionalità e le nostre aspirazioni.

Certamente deve essere fatta una attenta riflessione sulla nostra identità sindacale.

Personalmente in alcune occasioni recenti, ho potuto constatare che gli interessi della FESMED sono spesso poco sovrapponibili con quelli della nostra associazione e che alleanze strategiche, dettate da necessità locali, hanno conseguito risultati migliori.

Per quanto riguarda il censimento e il coordinamento delle attività sindacali regionali, nell'ambito dell'assoluta collegialità di gestione comunemente adottata nella Segreteria Sindacale Nazionale, si è stabilito di individuare 6 aree, ognuna delle quali ha un referente tra i membri della

segreteria sindacale come di seguito elencato:

- Rampa: Lombardia- Friuli - Veneto - Trentino

- Podner: Piemonte - Valle d'Aosta- Liguria

- Schirripa: Emilia- Toscana- Marche

- Carbone: Lazio- Umbria - Abruzzo - Molise

- Montanile: Puglia- Lucania- Calabria

- Irollo: Campania - Sicilia - Sardegna

Riguardo ai casi di contenzioso tra colleghi e loro amministrazioni ancora in essere all'inizio dell'attività del Nuovo Direttivo e precedentemente gestiti personalmente dal Presidente uscente, si è ritenuto di seguire in quanto emblematico quello di un collega Dirigente Medico di Presidio che era stato licenziato senza il rispetto della procedura che verosimilmente avrebbe comportato un diverso esito. L'A.N.M.D.O. ha ottenuto un parere vincolante in merito dall'ARAN, totalmente favorevole, che quasi certamente comporterà il reintegro in servizio del collega.

In questi mesi con molta fatica stiamo cercando di salvaguardare al meglio, se necessario, anche **attraverso azioni giudiziarie**, la nostra professionalità. Certo che bisogna intensificare l'impegno per superare le difficoltà e le aggressioni alla nostra professione che si sono verificate in questi ultimi anni.

L'energica azione della professoressa Maria Triassi in Campania contro la soppressione di 5 posti di Direttore Medico di Presidio in un'unica Azienda Sanitaria Pubblica, ha dato esito positivo, così come in Emilia Romagna il dibattito costruttivo sulla eventuale nomina di un collega medico proveniente dalla carriera clinica, senza specializzazione in Igiene, a Coordinatore dell'area

ospedaliera ha raggiunto l'obiettivo prefissato.

Queste esperienze ci devono far riflettere su come sia necessario far comprendere che solo professionisti di grande competenza possano realmente dirigere la sanità nel nostro paese e **Noi dobbiamo essere tali.**

Infine è da ricordare la preparazione del Regolamento attuativo della Segreteria sindacale, già approvato dal Direttivo Nazionale, ai sensi dell'art. 19, comma 2, dello Statuto.

L' A.N.M.D.O. e i giovani.

Questa problematica ha già aperto un fronte di dibattito all'interno del Direttivo Nazionale e deve essere oggetto di una attenta valutazione all'interno di tutta l'Associazione. Non a caso il Direttivo Nazionale ha scelto di aprire questo 30° Congresso con una relazione dal titolo "Le aspettative di una professione" tenuta da tre giovani colleghi, Mavilla, Longanella e Sodano, di diverse scuole formative ed aree geografiche, ed ha anche voluto fortemente la presenza di altri giovani all'interno di questo congresso, cito gli interventi di Congiu e De Andrea nella tavola rotonda "Prospettive in Direzione Sanitaria". Inoltre il Direttivo Nazionale ha affidato al Segretario Nazionale la preparazione di un progetto "A.N.M.D.O. giovani" che, oltre a recepire attivamente le aspettative e le esigenze emergenti di colui che ha deciso o deciderà di affrontare la nostra professione, ha il compito di capire le esigenze culturali e formative dei giovani colleghi. Ultimo compito affidato a questo progetto far conoscere l'A.N.M.D.O. e la nostra professione ai giovani colleghi laureati.

Nell'ottica di comprendere quali reali prospettive possano avere i nostri giovani colleghi, è

intenzione da parte del Direttivo mettere in atto un progetto di ricognizione delle piante organiche esistenti nelle varie Direzioni sanitarie, Direzioni di Presidio e di Distretto delle ASL a livello Nazionale.

COMMISSIONE PER LA REVISIONE DELLO STATUTO

La Commissione per la revisione dello Statuto sta dando corso al proprio mandato in un contesto normativo in rapida e convulsa evoluzione, le conclusioni del quale non potranno non essere tenute in debita considerazione nel prossimo futuro.

Un ambito al quale questo Direttivo e questa Presidenza hanno inteso dare più ampio sviluppo rispetto al passato è quello riguardante

L'attività scientifica nazionale.

Tale attività, coordinata dal Dr. Karl Kob, è stata assai densa di avvenimenti, così come le attività di alcune sezioni regionali, tra cui è bene ricordare il Veneto, l'Umbria, il Lazio, la Lombardia, la Sicilia, la Campania.

Le principali attività svolte dalla segreteria scientifica nazionale nel periodo ottobre 2003 - settembre 2004 sono state:

1. Preparazione del Regolamento attuativo della Segreteria scientifica, già approvato dal Direttivo Nazionale, ai sensi dell'art. 19, comma 2, dello Statuto.
2. Emanazione delle direttive alle Segreterie scientifiche delle sedi regionali A.N.M.D.O. in merito al coordinamento delle attività scientifiche organizzate dalle sedi regionali, anche ai fini della concessione del Patrocinio.
3. Gestione, dal punto di vista scientifico, della Rivista A.N.M.D.O. "L'OSPEDALE", con particolare riguardo alle rubriche "Linee guida" e "A.N.M.D.O. News".

4. Organizzazione scientifica, del 30° Congresso Nazionale A.N.M.D.O. "L'Azienda Sanitaria: Quale 'Direzione'?".

LE ATTIVITÀ DI COLLABORAZIONE:

1. collaborazione scientifica nell'ambito dell'organizzazione del Convegno interregionale sul "Governare Clinico", organizzato dalla sezione regionale A.N.M.D.O. dell'Umbria, svoltosi a Torgiano Perugino il 2 marzo 2004.
2. Collaborazione scientifica nell'ambito del 2° Convegno nazionale "Nuovi ospedali", Grado, 1-2 aprile 2004, del 3° Corso di aggiornamento "Qualità ed Economicità dei Servizi", Rimini, 6- 7 maggio 2004, del Corso Nazionale di Gestione & Formazione sull'"Outsourcing del servizio di sterilizzazione", Siena 3 - 4 giugno 2004 e Trieste 15-16 settembre 2004.
3. Collaborazione con l'Accademia Nazionale di Medicina nell'ambito dell'organizzazione del Corso teorico- pratico in Organizzazione Ospedaliera, svoltosi a Bologna nel periodo marzo-luglio 2004 e con il Dipartimento di Architettura e Urbanistica per l'Ingegneria dell'Università La Sapienza di Roma nell'ambito dell'organizzazione del Master in Architettura, Tecnologia ed Organizzazione dell'Ospedale.

Vi è ora la necessità di incrementare il raccordo tra la segreteria scientifica nazionale e le segreterie scientifiche delle sezioni regionali per evitare la sovrapposizione di eventi, ed il ripetersi di manifestazioni sullo stesso tema, inoltre sarebbe utile, come già realizzato con la Sitl per il 2005, potersi raccordare anche con altre associazioni scientifiche

(SIMPIOS, CARD, ecc.) che si collocano nella nostra stessa area culturale, per una programmazione concordata degli eventi scientifici più significativi.

È stato attivato dal 6 gennaio 2004 il Sito internet dell'Associazione www.A.N.M.D.O..org, che sotto la supervisione del Dr. Francesco Longanella e grazie all'esperienza del Dr. Egidio Sesti, si presenta a Sorrento rinnovato.

Il Direttivo Nazionale auspica che in pochi mesi tutte le sezioni regionali si dotino di un proprio sito on line con quello nazionale. Viene presentato, qui a Sorrento, "A.N.M.D.O. News" periodico bimensile curato dalla Presidenza e dalla Segreteria Sindacale, che vuole essere strumento attivo di comunicazione con i soci e che si autonomizza pertanto dalla rivista L'Ospedale.

La rivista L'Ospedale (che ha raggiunto la tiratura di 5000 copie certificate) è in corso di potenziamento.

La pubblicazione nel più breve tempo possibile dei lavori inviati dai soci A.N.M.D.O. è un obiettivo primario della nostra rivista e va incontro ad una precisa indicazione del Direttivo Nazionale. Con grande soddisfazione stiamo registrando l'impegno di un numero sempre maggiore di Regioni a collaborare alla produzione scientifica della nostra rivista e un augurio che nel prossimo anno i lavori da pubblicare inviati da tutte le Regioni. Ribadisco pertanto l'impegno, già assunto, di pubblicarli quanto prima. Per la prima volta nella storia recente della nostra Associazione il Direttivo Nazionale ha destinato Euro 5000 quali premi per i migliori 9 posters presentati al 30° congresso nazionale.

Come Presidente non posso che ritenermi soddisfatto del

lavoro svolto fino a questo momento. La certezza che ci stiamo muovendo nella giusta direzione ci viene confermata dall'aumento nel 2004 del 12,1%, degli iscritti in ambito nazionale con incrementi cospicui in molte regioni. Sottolineo anche con piacere che sono state ricostituite due importanti sezioni: la Liguria e l'Abruzzo- Molise

IMPEGNI FUTURI

Il Direttivo Nazionale ha per il 2005 pianificato , oltre a quelli culturali - didattici già citati, una serie di obiettivi e più precisamente:
Attivazione delle procedure di certificazione di qualità dell' A.N.M.D.O. Attivazione di un gruppo di lavoro, già nominato in data 22 Luglio 2004 dal Direttivo Nazionale che dovrà elaborare tutte le possibili soluzioni per il recepimento da parte dell'A.N.M.D.O. del Decreto Ministeriale del Ministero della Salute del 31 maggio 2004 "requisiti delle Società scientifiche e delle Associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie".
Progettazione e realizzazione del progetto accreditamento dei Direttori Sanitari, di cui ne parlerà in maniera più articolata il prof. Aparo nella sua relazione "La Direzione: la proposta culturale".
In sintesi riportando quanto scritto dal prof. Aparo stesso "L'accREDITamento professionale all'eccellenza dei medici di Direzione Sanitaria promossa dall'A.N.M.D.O. e inserita in una visione di sanità pubblica con il contributo indispensabile e determinante delle altre associazioni che operano in questo ambito, costituisce uno strumento chiave per dare risalto ad una professionalità che pur svolgendo un ruolo chiave nell'ambito delle organizzazioni sanitarie sembra, per motivi

diversi, non essere ancora riuscita a farsi apprezzare compiutamente nel variegato panorama della Sanità italiana".

La Segreteria Scientifica Nazionale ha già pianificato per il 2005 una intensa attività:

- Gennaio 2005, Bologna: giornata di studio sul problema della presenza di Legionella nelle acque di rete in ospedale.
- Gennaio 2005, Bologna: seminario di studio su particolari aspetti della gestione economica e logistica delle sale operatorie
- 17 e 18 Marzo 2005, Grado: Collaborazione scientifica nell'ambito del 3° Convegno nazionale "La logistica in ospedale e i servizi di diagnostica di laboratorio".
- 23 Marzo 2005, Genova: "Il Servizio di Sterilizzazione in outsourcing "
- Marzo 2005, Città di Castello (PG): Congresso interregionale "Risk Management, Accreditamento e Governo Clinico".
- 7 e 8 Aprile 2005, Perugia: Seminario Nazionale "L'uso dei tessuti in sala operatoria: dal TNT al TRT" in collaborazione con Gestione & Formazione.
- 3 e 4 Maggio 2005, Riccione: Giornate di Studio sui servizi in gestione esterna in collaborazione con Gestione & Formazione.
- 9 e 10 Giugno 2005, Bologna: Collaborazione scientifica nell'ambito del Convegno nazionale "Il comparto Operatorio: un sistema complesso".
- Giugno 2005, Lucca: Giornata di studio " L'Outsourcing della centrale di sterilizzazione".
- 22 - 23 Settembre 2005: 31° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O." Veneto città ancora da definire.
- 7 Ottobre 2005, Pescara: Convegno interregionale A.N.M.D.O.

- 13-15 ottobre 2005, Parma: IX CONFERENZA NAZIONALE DI SANITA' PUBBLICA (organizzato dalla SiTI) Collaborazione tecnico scientifica nell'ambito della sessione "Governare clinico e ruolo della Direzione sanitaria e della Direzione medica di presidio".

Ricordo infine il contributo dato dal Tesoriere Nazionale Dr. Luca Nardi, che ha organizzato in maniera molto chiara la contabilità della Nostra Associazione, realizzando una metodologia in grado di avere costantemente chiaro il quadro economico della Tesoreria Nazionale e risolvere il problema della contabilità fiscale delle singole sezioni regionali. Ci tengo a sottolineare che dopo tanti anni grazie al contributo della ricerca del Dr. Artemio Brusa, presidente della sezione regione Piemonte Valle D'Aosta, abbiamo trovato un'identità anche storica dei nostri congressi. E' da ricordare il contributo del Direttore Generale Dr. Paolo Cacciari, a cui va un sentito ringraziamento, per aver permesso la nascita della prima storica sede Nazionale dell' A.N.M.D.O. a Bologna. Voglio ringraziare il dr. Predonzani ed il dr. Di Falco che hanno contribuito alla ricostituzione delle sezioni Liguria e Abruzzo Molise. Un grazie particolare al collega Antonio Carbone per l'impegno profuso a livello sindacale in relazione alle già citate vicende con l'ARAN.

Per concludere un sentito ringraziamento ai Soci che hanno riposto la fiducia nelle nostre idee e nel nostro programma di lavoro ed ai Colleghi del Direttivo, della Segreteria Scientifica e della Segreteria Sindacale per l'impegno profuso.



Con Dispositivi Medici in TTR per Sala Operatoria, Plurima vi garantisce risultati scientifici documentati.

Plurima: il network per l'alta qualità nella sterilizzazione

L'efficienza e il rispetto per il paziente sono i valori che guidano la Plurima. Il nostro impegno per la qualità e la protezione della salute è rivolto a tutti, che non sia per dar ragione ad ogni singola vita che vorrebbe dei risultati sempre superiori. Per questo Plurima è una casa di "best" team, "best" people e "best" things.

I risultati innovativi dovuti ai TTR

Un dubbio su un TTR fatto nasce nella mente di chi si avvicina a questo mondo. Perché, infatti, che diventare la Spina dorsale della sanità e del 60% di TTR passa tempo, risorse, spazio e costi? Perché la risposta ad ogni dubbio è proprio perché, infatti, è il modo di essere che ci ha permesso di essere dove siamo. Il modo di essere che ci ha permesso di essere dove siamo. Il modo di essere che ci ha permesso di essere dove siamo. Il modo di essere che ci ha permesso di essere dove siamo.



I requisiti della Normativa Europea EN 13746

Il punto di partenza è il rispetto per il paziente e la protezione della salute. Il modo di essere che ci ha permesso di essere dove siamo.

Conoscere il TTR, il modo di essere che ci ha permesso di essere dove siamo. Il modo di essere che ci ha permesso di essere dove siamo.

- Presenza di personale formato e pronto all'uso.
- Presenza di tutti i materiali necessari al processo.
- Presenza di tutti i materiali necessari al processo.
- Presenza di tutti i materiali necessari al processo.
- Presenza di tutti i materiali necessari al processo.
- Presenza di tutti i materiali necessari al processo.
- Presenza di tutti i materiali necessari al processo.
- Presenza di tutti i materiali necessari al processo.

Il TTR è un modo di essere che ci ha permesso di essere dove siamo. Il modo di essere che ci ha permesso di essere dove siamo.

La garanzia totale del TTR

Il modo di essere che ci ha permesso di essere dove siamo. Il modo di essere che ci ha permesso di essere dove siamo. Il modo di essere che ci ha permesso di essere dove siamo. Il modo di essere che ci ha permesso di essere dove siamo.

Il comfort totale dei TTR

Il modo di essere che ci ha permesso di essere dove siamo. Il modo di essere che ci ha permesso di essere dove siamo. Il modo di essere che ci ha permesso di essere dove siamo. Il modo di essere che ci ha permesso di essere dove siamo.

Il rispetto dell'ambiente

Il modo di essere che ci ha permesso di essere dove siamo. Il modo di essere che ci ha permesso di essere dove siamo. Il modo di essere che ci ha permesso di essere dove siamo. Il modo di essere che ci ha permesso di essere dove siamo.

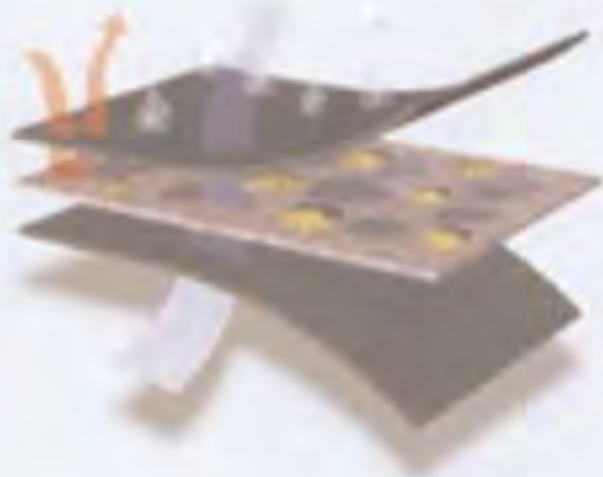
Plurima è un marchio registrato di Plurima S.p.A. in Italia e in altri paesi. Plurima è un marchio registrato di Plurima S.p.A. in Italia e in altri paesi. Plurima è un marchio registrato di Plurima S.p.A. in Italia e in altri paesi. Plurima è un marchio registrato di Plurima S.p.A. in Italia e in altri paesi.



valore aggiunto di insieme



Combinazione eccezionale di sicurezza e comodità



Il camice chirurgico COMBOLight® è realizzato con tessuto trilaminato leggero che garantisce una sicura protezione nelle zone a rischio ed una grandissima comodità.

Questo è dovuto anche al tessuto della parte posteriore del camice, realizzato in poliestere leggero e traspirante.

Ripristinato e mantenuto adeguatamente, il camice chirurgico COMBOLight® è conforme ai requisiti degli standard EN 13795 per tutta la durata convalidata per oltre 75 cicli d'uso (barriera totale contro il passaggio dei batteri, contaminazione, resistenza allo strappo, elasticità, e basso rilascio di particelle).

Essendo un dispositivo medico il camice chirurgico COMBOLight® è confezionato e ripristinato secondo i più importanti standard, quali ISO 13485/ 13488 e EN 13795. La qualità viene mantenuta ed i requisiti rispettati con l'applicazione di procedimenti di ripristino controllati e convalidati.

Grazie ad una straordinaria combinazione di sicurezza e comodità, il camice chirurgico COMBOLight® rappresenta la perfetta soluzione per una chirurgia impegnativa. Il camice chirurgico COMBOLight® offre anche vantaggi ecologici ed economici per i numerosi cicli d'uso.

Due mondi in un solo camice

Il camice chirurgico COMBOLight® unisce la sicurezza del trilaminato alla comodità della leggerezza

Il trilaminato COMBOLight®

Il trilaminato COMBOLight® è costituito da una membrana in Polipiretano frapposta a due strati di Poliestere. Le dimensioni dei fori sulla membrana hanno una dimensione tale da impedire il passaggio di batteri, virus o liquidi per tutto il ciclo di vita.

Pur tuttavia, i micro fori consentono la traspirazione del vapore acqueo, permettendo la naturale termoregolazione di chi lo indossa. Questo consente anche una facile sterilizzazione a vapore del camice. Il tessuto esterno è costruito con fibre continue di poliestere in maniera da evitare il rilascio di particelle o frammenti di fibre. Analogamente al valore della barriera, il basso rilascio di particelle aiuta a prevenire la trasmissione di agenti infettivi nella ferita del paziente.



Caratteristiche

Tipi di prodotto	Camice chirurgico	
Uso	In interventi chirurgici con molti liquidi e alta contaminazione	
Taglie	M, L, XL, XXL	
Contorno	Cintura alla naturale circonferenza. Cuffi a gamba in cotone al tatto. Cuffi con elastico (S, M, L, XL, XXL)	
Tessuti	Tessuto COMBOLight® e Poliestere	
Performance	Zona Cuffia	Zona resto corpo
Protezione da batteri da liquidi (EN 13795)	99% di protezione	100% di
Protezione da batteri da aerosol (EN 13795)	9-10%	1-2 kg (M, XL)
Protezione da aerosol (EN 13795)	100 cm WC	20 cm WC
Pulso (particelle) (EN 13795) (EN 13795)	23 kg (M)	13 kg (M)
Rilascio di particelle (EN 13795) (EN 13795)	14 kg (M)	13 kg (M)
Resistenza alla trazione (EN 13795)	16 kN	16 kN
Resistenza alla trazione (EN 13795)	20%	10%

PFEIFFER TEXTILE

Distribuito in esclusiva per l'Italia da **VIP Medical Srl**

Via Val Crivellina, 27 - 00141 Roma - Tel. 06-87100203 Fax 06-871037113 - Internet: www.vipmedical.it e-mail: infovip@vipmedical.it

Trend istituzionale e organizzativo delle aziende e delle direzioni sanitarie

Gabriele Pelissero

*Professore Ordinario di Igiene nell'Università degli studi di Pavia
Direttore Sanitario Sovrintendente del gruppo Ospedaliero San Donato*

1 - INTRODUZIONE LO SCENARIO ISTITUZIONALE

Tutti i sistemi sanitari dell'Unione Europea, e in particolare quelli italiani, mostrano da almeno un decennio i sintomi di una profonda crisi istituzionale, strutturale ed economica, che è a sua volta diretta espressione della più ampia crisi del welfare europeo, il sistema di protezione sociale più ampio e completo del mondo, ma anche il più costoso, e secondo molte opinioni il più appesantito da inefficienze e privilegi. L'Italia si trova, in questo più ampio contesto, in una condizione particolare, essendo l'unico paese europeo che nella seconda metà del secolo XX ha modificato l'assetto istituzionale del proprio sistema sanitario, cimentandosi nel passaggio dal modello di tipo Bismarck, che si era affermato negli anni '30' (un sistema di tipo mutualistico come quelli attualmente esistenti ad es. in Germania e Olanda) al modello di tipo Beveridge, che almeno teoricamente si ispira al National Health Service Britannico (NHS). In realtà il Servizio Sanitario Nazionale italiano nato con la L. 833 del 23 dicembre 1978 si presenta sin dall'origine in una forma molto diversa del NHS assumendo subito una nettissima tendenza alla regionalizzazione, tanto da articolarsi in 22 diversi sistemi organizzativi fin dall'inizio degli anni '80. Inoltre, la tendenza

a frammentarsi in modelli regionali diversi, ed in prospettiva sempre più fra loro competitivi, si combina con la forte politicizzazione degli organi di governo, i Comitati di Gestione delle Unità Sanitarie Locali, e con l'inarrestabile lievitazione dei costi dovuta al crescere della domanda e allo sviluppo della tecnologia unite a sempre più gravi inefficienze. L'accelerarsi del processo di integrazione nell'Unione Europea, con la prospettiva della moneta unica e la conseguente perdita di sovranità nazionale, obbligano all'inizio degli anni '90 lo Stato italiano ad intervenire per la prima volta con energia contro il dilagare della spesa pubblica, varando una serie di riforme che riguardano diversi aspetti dello stato sociale e del sistema economico del paese. Per la Sanità, il processo riformatore si avvia con i DD.LL. 502 e 517 e assume nel corso del successivo decennio una evoluzione complessa e non di rado contraddittoria, che appare a tutt'oggi lungi dall'essere conclusa. Dell'intera e controversa vicenda della Sanità italiana è per noi, in questa sede, importante considerare i fattori che più direttamente influenzano la struttura e le caratteristiche della governance delle strutture sanitarie, che in estrema sintesi possiamo individuare: a) nel processo di aziendalizzazione, b) nell'evoluzione dei rapporti di lavoro, c) nell'incremento del

tasso di competitività. Di ciascuno di questi fattori esamineremo brevemente le caratteristiche più salienti e le relazioni con i modelli di Direzione Sanitaria.

2 - DALL'ENTE ALL'AZIENDA SANITARIA

L'aziendalizzazione è assurda, in senso positivo o negativo a seconda delle diverse opinioni, a simbolo del processo di trasformazione del Sistema Sanitario Italiano. I sostenitori le affidano il compito di riportare efficienza in una organizzazione troppo incline agli sprechi e priva di attenzione ai costi. I detrattori lamentano l'introduzione in Sanità di un approccio gestionale definito "economicistico", nel senso di indifferente all'efficacia e orientato al solo contenimento dei costi. Talvolta commettono l'errore di confondere il concetto di Azienda con il concetto di Impresa; infine gli avversari ideologici del mercato considerano l'introduzione di qualunque concetto di economicità, efficienza o profittevolezza in Sanità come una spaventosa offesa ai propri più sacri principi. In realtà, al di là degli aspetti meramente formali e giuridici, il senso profondo del processo di aziendalizzazione della componente pubblica del Sistema Sanitario può essere identificato nell'abbandono della tradizionale visione dell'ospedale quale Ente. Cioè quella di un soggetto che trova, etimologicamente, la propria ragione d'essere e la propria giustificazione sociale ed economica nel fatto stesso di

esistere, quale componente costitutiva e ineliminabile di una comunità, come la Scuola, il Tribunale, la Chiesa, la Stazione di Polizia etc..

All'Ente perpetuo, indiscutibile, circondato da un dovuto rispetto collettivo, si contrappone la nozione di Azienda, come realtà organizzativa che è dotata di una missione definita e che esiste in quanto capace di fornire un prodotto accettabile dai fruitori ad un costo ragionevole.

Mentre l'Ente è eterno e immutabile, l'Azienda è temporanea e continuamente in trasformazione; mentre l'Ente svolge le funzioni proprie del suo statuto, e si dota di un assetto organizzativo orientato ad una razionalità intrinseca, l'Azienda insegue la domanda e non può che plasmare continuamente la propria organizzazione in rapporto alla domanda ed al gradimento degli utenti.

L'Ente è unico (un ospedale per un territorio), l'Azienda è multipla (più ospedali a disposizione della libertà di scelta del paziente).

L'Ente agisce per tutelare la propria esistenza in un tempo indeterminato, l'Azienda opera per programmi e obiettivi a breve o medio termine.

Queste brevissime considerazioni distintive si applicano anche al Direttore Sanitario.

In un Ente, egli sarà inevitabilmente il custode tecnico di un assetto organizzativo e funzionale sancito dalle leggi e dai regolamenti interni, con poteri limitati ma ben definiti per intervenire a ripristinare le alterazioni della struttura normale.

In un'Azienda egli sarà un dirigente di vertice, con compiti di governance della componente sanitaria del sistema, operante secondo diversi possibili sistemi (che vedremo più avanti), ma in ogni caso coinvolto nella responsabilità dei risultati e del raggiungimento degli obiettivi.

3 - DAL RAPPORTO DI LAVORO DIPENDENTE AI RAPPORTI FLESSIBILI

Il modello organizzativo caratteristico dell'Ente sanitario e ospedaliero è soprattutto riconducibile ad una tipologia dei rapporti di lavoro, caratterizzata da struttura gerarchica e stabilità assoluta delle posizioni individuali, e identificata nella nota forma giuridica del rapporto di lavoro dipendente.

In altri studi abbiamo osservato come l'espressione più matura e completa dell'Ente ospedaliero, ben definita nella normativa degli anni 68/69 si ritrovi nella nozione di ospedale divisionale, composto dalle diverse specialità, ciascuna delle quali incarnata in una precisa gerarchia medica articolata su tre livelli (assistente, aiuto, primario), pienamente autonoma sotto i profili professionale e organizzativo, dotata in esclusiva di posti letto e risorse umane e materiali.

L'essenza e la forza dell'ospedale divisionale si ritrova nella figura del primario, titolare per pubblico concorso della sua alta funzione e praticamente inamovibile, arbitro assoluto delle decisioni clinico-organizzative interne alla divisione, di norma dotato di tutto il prestigio e l'autorevolezza per fermare ogni altro potere sulla porta della sua divisione, nella quale i letti possono essere indifferentemente pieni o vuoti in relazione alle sue scelte.

In questo modello, il Direttore Sanitario ha anch'egli un rapporto di lavoro stabile e irreversibile, ed esercita le funzioni di igiene ospedaliera e le funzioni organizzative residuali (rispetto a quelle dei primari) con margini di autonomia anche significativi rispetto alla governance amministrativa dell'Ente.

Non a caso, in molti ospedali per lo più piccoli, l'Amministrazione preferirà farne a meno utilizzando al suo posto uno dei Primari

considerato più arrendevole. In un sistema di tipo aziendale, anche se imperfetto, l'inamovibilità ed il potere organizzativo del primario diventa incompatibile con un approccio gestionale flessibile, orientato alla domanda, esposto a vincoli economici e in qualche modo costretto ad operare per obiettivi.

Lo stabilirsi, ancorché parziale, di tali condizioni gestionali determina (insieme ad altri fattori che non è questa la sede per esaminare) il crollo del modello gerarchico e divisionale dell'ospedale e la fine della figura storica del primario, sostituita sempre più diffusamente da quella di un dirigente con contratto coordinato e continuativo a tempo, in qualche modo legato a obiettivi definiti e valutabili, almeno teoricamente revocabile.

Applicata inizialmente alle figure apicali, questa tipologia di rapporti di lavoro si estende silenziosamente a tutta l'area medica, e attraverso meccanismi poco proclamati anche a altre componenti del personale sanitario.

Questa evoluzione non può non coinvolgere anche il Direttore Sanitario, figura che però, a differenza delle altre apicalità mediche, conosce una ulteriore evoluzione.

Con il DPR 484 del 10 dicembre 1997, infatti, si sanziona giuridicamente una forma di sdoppiamento professionale, che almeno nelle aziende di diritto pubblico si trasforma in due distinte figure.

La prima, specialistica e totalmente analoga a quelle delle apicalità cliniche, corrisponde alla dicitura Direzione Medica di presidio ospedaliero (DMP). Per la sua indubbia connotazione disciplinare questa figura è portatrice delle competenze igienico - organizzative proprie della formazione specialistica tradizionale dell'igienista

ospedaliero. La seconda, generalistica e assimilabile a quelle degli altri componenti della governance aziendale, corrisponde alla dicitura Direzione Sanitaria aziendale (DMA).

Tale figura indubbiamente assume una connotazione di tipo prevalentemente manageriale, ed in essa la provenienza dalla formazione specialistica dell'igienista ospedaliero è indicata, genericamente, come titolo preferenziale. Si tratta dunque di un professionista che certamente deve possedere un curriculum dimostrativo di una adeguata esperienza di "direzione tecnico sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione", ma nella scelta del quale sui requisiti formali prevale nettamente una sostanziale libertà da parte dell'organo di gestione, nel quale la figura entra a far parte, e del quale va a condividere le obbligazioni di risultato con i connessi "premi e castighi".

4 - LO SVILUPPO DELLA COMPETIZIONE

L'evoluzione in senso aziendalistico e il connesso modificarsi della struttura dei rapporti di lavoro sono fenomeni che trovano crescenti livelli di realizzazione in stretto rapporto con il grado di competizione presente nel sistema sanitario. Se infatti ogni componente del sistema, sia esso una Azienda Sanitaria Locale o una Azienda Ospedaliera pubblica e privata, non è esposta ad un certo livello di competizione con tutte le altre, e in conseguenza di ciò non è soggetta a "premi e castighi", indipendentemente dalle affermazioni di principio e dalle regole giuridiche formali, essa riassume le caratteristiche di un Ente e i rapporti di lavoro tendono ad irrigidirsi di fatto. E'

dunque la competizione che costituisce il motore vero del trend evolutivo dei sistemi sanitari che abbiamo fin qui brevemente delineato.

Abbiamo in altri studi osservato come tre fattori, rappresentati dal pagamento a prestazione, dalla libertà di scelta del luogo di cura da parte dell'Utente e dal crescere della presenza di operatori privati nel Sistema Sanitario Nazionale, rappresentano a loro volta presupposti necessari per l'affermarsi di un carattere competitivo nei sistemi sanitari. In realtà, il primo dei tre fattori è oggi operante in Italia solo in forma parziale e limitata, poiché la componente pubblica, che rappresenta circa i tre quarti del sistema, gode tuttora, in buona misura, di azioni economiche di risanamento a posteriori del disavanzo, come annualmente registra la Corte dei Conti.

Il secondo fattore, rappresentato dal flusso di pazienti che portano con se, almeno in modo parziale, una remunerazione per l'Azienda scelta, è invece operante in modo attivo e crescente, e si esprime oggi soprattutto in termini di mobilità interregionale.

E' prevedibile che nei prossimi anni questi flussi si intensificheranno, e ad essi si aggiungeranno crescenti flussi internazionali nell'ambito dell'Unione Europea. Non è questa la sede per discutere questo fenomeno, che suscita profonda emotività e trova fiere opposizioni soprattutto nel mondo politico.

Ciò che ci interessa rilevare è che, seppur lentamente percepita, la competizione tende ad accentuare nelle Regioni e nelle Aziende la valorizzazione delle capacità manageriali e a promuovere negli operatori e nella governance la capacità di raggiungere gli obiettivi e a realizzare qualità ed efficienza. La presenza di Aziende

ospedaliere di diritto privato laiche e religiose, profit e not for profit, rappresenta un ulteriore forte fattore di tipo competitivo, perché attenua l'oligopolio pubblico e, almeno per una parte del sistema, elimina la presenza di un unico soggetto che è contemporaneamente regolatore, acquirente, erogatore e controllore.

L'autonomia di cui i privati dispongono, almeno sull'organizzazione interna dell'azienda, e la loro ineliminabile propensione a svilupparsi acquisendo nuove quote di mercato, introducono in tutto il sistema sanitario modelli e comportamenti di tipo aziendale che inevitabilmente si riverbereranno anche sulla componente pubblica, costringendola a confrontarsi con approcci gestionali molto orientati all'efficienza e alla funzionalità.

D'altra parte, se una quota di operatori privati nel Servizio Sanitario Nazionale è sempre stata presente, negli ultimi anni essa ha assunto una dimensione imponente ancorché minoritaria, rappresentando circa il 25% di tutta l'offerta ospedaliera nazionale con punte, in alcune Regioni, che sfiorano il 33%.

Va infine osservato che la qualità delle prestazioni erogate da questa componente è di livello ormai molto alto, presentando in più di una realtà regionale valori di case-mix superiori a quelli del competitore pubblico.

Le considerazioni fin qui formulate ci portano ad affermare che la competizione rappresenta un, almeno potenziale, fattore premiante per la professionalizzazione delle Direzioni Sanitarie: aziende costrette a migliorare la propria performance e a organizzare bene i propri servizi sanitari non possono non essere interessate a disporre di Direttori Sanitari capaci e attivi, mentre minore

importanza avrà l'appartenenza politica e i titoli formali. Il Medico di organizzazione è sicuramente una componente valorizzata e importante in una Azienda aperta alla competizione, anche se uno dei requisiti fondamentali sarà inevitabilmente rappresentato dalla adesione, critica ma completa, agli orientamenti strategici di chi ha la responsabilità finale del risultato: l'amministratore dell'Azienda.

5 - MODELLI DI DIREZIONE SANITARIA

Abbiamo fin qui osservato come il trend evolutivo dell'organizzazione sanitaria italiana si orienti, in modo lento e a tratti contraddittorio, verso la costituzione di una rete di aziende sanitarie e ospedaliere, pubbliche e private, costituite con criteri organizzativi e rapporti di lavoro flessibili, tendenzialmente in competizione fra loro, esposte a vincoli economici e rischi crescenti. Dal punto di vista organizzativo nell'Azienda sanitaria possiamo identificare le principali componenti strutturali, in analogia a qualunque altro sistema azienda, in un livello di governance (rappresentato dalla direzione generale - amministrazione), in un sistema di produzione (rappresentato dai servizi sanitari) e in un supporto logistico - amministrativo (rappresentato dai servizi amministrativi). In questo organigramma la Direzione Sanitaria si colloca nell'interfaccia fra governo e sistema di produzione, e viene ad assumere inevitabilmente un profilo orientato alla managerialità, meno soggetto e meno tutelato da aspetti giuridici e contrattuali rigidi, più vincolato ad un completo rapporto fiduciario con l'amministrazione aziendale. E, caso unico rispetto a tutte le apicalità sanitarie, si sdoppia in due livelli ben distinti (almeno nelle Aziende di diritto pubblico)

rappresentati dal Direttore Sanitario di Presidio (DSP) e dal Direttore Sanitario Aziendale (DSA).

In realtà di modelli di questo genere possiamo identificarne, in termini generali, due: il modello integrato e il modello professionale. Nel modello integrato il Direttore Sanitario Aziendale esercita la propria funzione sostanzialmente come un alto consulente dell'amministratore dell'Azienda (nelle Aziende pubbliche il Direttore Generale). In tale veste concorre alla formazione degli atti di governo aziendale ma non esercita direttamente ed esclusivamente funzioni di governo. Questa condizione valorizza, almeno potenzialmente, il ruolo del Direttore Medico di Presidio, che può rappresentare la figura di Dirigente sanitario con compiti operativi nei confronti del sistema di produzione. Egli cumula in sé le responsabilità organizzative di competenza aziendale che riguardano il presidio e le responsabilità igienico-sanitarie, dà ordini direttamente e ne risponde nei confronti dell'organo di amministrazione. Nel modello professionale il Direttore Sanitario Aziendale ha funzioni di executive manager nei confronti del sistema di produzione, della cui attività rispetto agli obiettivi aziendali risponde all'organo di amministrazione. In questa condizione il Direttore Sanitario di Presidio è sostanzialmente un collaboratore di rango elevato del Direttore Sanitario Aziendale, ma è da quest'ultimo che provengono gli ordini e le disposizioni inerenti la direzione di tutte le componenti del sistema di produzione. Responsabilità organizzative e responsabilità igienico - sanitarie tendenzialmente si cumulano nel Direttore Sanitario Aziendale, che riproduce nei confronti del Direttore Sanitario di Presidio lo schema tradizionale Primario -

Aiuto. Se il Direttore Sanitario Aziendale non è anche un igienista ospedaliero, e conseguentemente difetta delle competenze specialistiche della disciplina, questo schema sarà ovviamente indebolito, e sarà assimilabile al rapporto Primario - Aiuto dirigente di sezione autonoma. Come ogni astrazione anche i modelli integrati e professionali qui descritti possono trovare, nella realtà di ogni singola azienda, infinite sfumature applicative e soluzioni intermedie. In ogni caso, bisogna osservare che il trend evolutivo dei sistemi sanitari in Italia rende ogni Regione e ogni Azienda tendenzialmente libera di adottare quello che ritiene più idoneo, e di conseguenza la formazione e la professionalità dei medici di Direzione Sanitaria e ospedaliera deve comportare l'attitudine e il bagaglio di esperienza e cultura per lavorare in Direzioni Sanitarie costruite secondo modelli variabili.

6 - CONCLUSIONI

La complessità, la tendenza inarrestabile alla differenziazione su base regionale, le inevitabili contraddizioni, l'esistenza di opinioni molto articolate nel mondo politico e professionale fanno sì che, nel tentare una lettura del trend evolutivo dei sistemi sanitari italiani e delle Direzioni Sanitarie che di tali sistemi fanno parte, prevalgano gli interrogativi sulle certezze. Per questo, in conclusione, tenteremo di riproporre le considerazioni fin qui formulate sotto la forma di quattro domande, aperte al contributo di tutti, e seguite da quella che, oggi, appare una ragionevole risposta.

1) L'aziendalizzazione e la competizione sono un bene o un male per le Direzioni Sanitarie?

Sono un modo di esistere

profondamente diverso da quello del passato.

Introducono anche in questa professione minori certezze e riducono l'importanza dei solidi ancoraggi tradizionali quali il titolo di studio, il contratto di lavoro, la graduatoria, le funzioni e le responsabilità precisamente stabilite per legge.

Offrono a questa professione opportunità inconsuete, quali carriere più veloci, occasioni di guadagno, visibilità sociale. In questo senso le aspettative personali e il profilo professionale e psicologico del medico di direzione sanitaria del futuro sono destinati a cambiare radicalmente.

2) Dobbiamo attenderci che nuove (o vecchie) figure professionali contendano il ruolo dei medici di direzione ospedaliera?

Inevitabilmente sì, poiché un'organizzazione flessibile come quella aziendale porta sempre con sé fattori di competizione e conflittualità interna.

La collocazione strategica della Direzione Sanitaria nell'organigramma aziendale, e il potere che ne deriva, saranno sempre più esposti all'aggressione di altre figure professionali.

Oggi assistiamo alla perdita della connotazione specialistica della figura del Direttore Sanitario Aziendale, alla rivendicazione di un ruolo organizzativo per le figure apicali cliniche tramite la figura del Direttore di Dipartimento, al tentativo, per la verità maldestro, di affiancare il Direttore Sanitario Aziendale con un coordinatore clinico collocato al suo stesso livello dell'organigramma.

Nel futuro a breve vedremo crescenti incursioni nell'area specialistica nell'igiene ospedaliera da parte di figure professionali non mediche, unito a probabili proposte di istituzione di Direzioni alberghiere.

Nel tempo, ogni singola competenza di Direzione Sanitaria troverà una nuova (o una vecchia) professione che si propone in alternativa al Medico di Direzione Ospedaliera, o un nuovo organigramma aziendale che tenta di costruire nuovi rapporti interni e una diversa distribuzione delle responsabilità. A fronte di tutto ciò, non troveremo più soluzioni giuridiche di livello nazionale che vincolano un modello organizzativo e una distribuzione delle funzioni e responsabilità interne all'azienda, mentre la stessa possibilità di definire contratti collettivi di lavoro a livello nazionale che offrono un appiglio per l'attribuzione dei ruoli nell'Azienda sarà sempre più messo in discussione.

3) Come si difenderanno i medici di direzione ospedaliera?

Comprendendo, prima e meglio di altri, le caratteristiche dei nuovi sistemi, e sapendole interpretare con il più alto livello di professionalità. Bisogna, in altre parole, rendersi conto che la figura del Direttore Sanitario sarà sempre meno una carriera burocratica, costruita su modelli collettivi, legata a titoli e anzianità, tutelata da forme di sindacalismo tradizionale, e sempre di più una professione molto individualizzata, esercitata in condizioni variabili da azienda ad azienda, che trova la propria valorizzazione in un'immagine pubblica prestigiosa e credibile. Alla realizzazione di tale immagine può e deve recare il suo fondamentale contributo l'ANMDO. Se sapranno mostrarsi come una categoria professionale attiva, utile e aperta all'innovazione, i direttori sanitari potranno convincere le Istituzioni e le Aziende dell'indubbio e incontestabile vantaggio operativo che deriva dal disporre di una forte direzione sanitaria che rappresenti la risorsa interna in grado di interfacciarsi con l'area clinica senza confondersi con

essa; che permetta di evitare la proliferazione delle figure dirigenziali grazie ad una notevole flessibilità di impegno e una competenza sanitaria molto ampia; che possa confrontarsi con tutti gli operatori sanitari con l'autorevolezza e il prestigio del medico. E' interesse dell'Amministratore di un'Azienda disporre di una figura di questo tipo per dirigere i servizi sanitari, ed in ciò risiede l'attualità e la vera forza della nostra categoria professionale.

4) Quale sarà la formazione, il profilo e la condizione lavorativa del Direttore Sanitario?

In modo estremamente sintetico, possiamo dire che nella formazione prevarrà la componente professionalizzante, la interdisciplinarietà, le esperienze sul campo, l'acquisizione di capacità, lo sviluppo dell'attitudine alla leadership.

Seppur lentamente, gli stessi Centri Universitari di formazione si differenzieranno in una salutare dinamica competitiva, poiché non sarà indifferente il prestigio che ogni singola Istituzione e ogni Docente saprà conquistarsi, e più che il voto, si valuterà la figura del Direttore della Scuola, del Relatore della tesi e la qualità delle Aziende Ospedaliere collegate alla Scuola di Specializzazione.

Il profilo professionale sarà quello di un dirigente aziendale di vertice, dotato di prestigio e di autorevolezza, con propensione ad accettare rischi professionali, con forti contenuti manageriali, attitudine al comando e capacità di integrarsi nella governance dell'azienda.

La condizione lavorativa di questo dirigente sarà caratterizzata da mobilità, flessibilità del rapporto di lavoro, valorizzazione economica e sociale.

HAMO

Cleaning Technology

Sistemi di lavaggio
e disinfezione
automatici di nuova
generazione



STERIS

STERIS s.r.l.

Centro Direzionale Milano Oltre

Palazzo Cavinaggio

Strada Cassanese, 224

20090 Segrate (MI)

800 235156

La direzione sanitaria: la proposta culturale

Aparo U.L., Finzi G.

Il 19 dicembre 2003 il Consiglio dei Ministri ha approvato un testo che prevedeva fra l'altro l'istituzione all'interno delle organizzazioni sanitarie di una nuova figura professionale denominata "Coordinatore Clinico Aziendale".

Qual'è l'identikit di questa nuova figura?

Trattasi di un medico eletto tra e dai Primari dell'Azienda Sanitaria.

Quali sono i suoi compiti?

Gli viene affidato il governo delle attività cliniche, intendendo con questa denominazione tradurre in italiano il termine anglosassone "Clinical Governance".

Proviamo a ricostruire il ragionamento dell'estensore del testo:

1. In Gran Bretagna, Paese al quale si è sempre ispirato il nostro SSN è stata introdotta la Clinical Governance;
2. Clinical Governance significa governo delle attività cliniche;
3. Istituiamo un Responsabile del governo delle attività cliniche e lo definiamo Coordinatore Clinico Aziendale;
4. Forse possiamo fare a meno a questo punto del Direttore Sanitario d'Azienda, perciò introduciamo nel testo la possibilità che la figura del Direttore Sanitario d'Azienda venga abolita con conseguente assunzione delle sue funzioni da parte del Coordinatore Clinico Aziendale.

La prima constatazione che ha fatto seguito all'emanazione del

testo succitato è che, evidentemente, non deve essere chiaro a chi ci governa quale sia il ruolo del Direttore Sanitario. Colpa di chi ci dirige?

Forse.

Ma forse è anche colpa nostra che probabilmente non siamo riusciti a far comprendere chiaramente la nostra attività o che, forse, non interpretiamo sempre il nostro ruolo nella maniera più consona alle necessità delle organizzazioni sanitarie in cui operiamo.

L'ANMDO subito dopo l'emanazione del testo del 19 dicembre 2003 ha intrapreso ai diversi livelli istituzionali un'articolata attività volta a ribadire una volta per tutte la specificità dell'attività dei medici di Direzione Sanitaria e il loro ruolo nell'ambito della Clinical Governance.

In questa delicata situazione l'ANMDO ha potuto constatare con soddisfazione che l'importanza del ruolo delle Direzioni Sanitarie, al di là di certe ipotesi legislative, è ampiamente riconosciuta ed ha apprezzato l'appoggio prezioso che molti, e la Società Italiana d'Igiene in particolare, hanno voluto fornirle. Questa articolata e appassionata attività ha avuto un primo riconoscimento esplicito il 3 giugno 2004 quando il Consiglio dei Ministri, nell'approvare il testo di disegno legge n. 160 recante "Principi fondamentali in materia di Servizio Sanitario Nazionale", pur ribadendo la necessità di un maggiore coinvolgimento di medici e sanitari nelle scelte strategiche e di governo delle

attività sanitarie, abbandona l'idea di abolire la figura del Direttore Sanitario di Azienda. Si tratta sicuramente di un successo parziale.

Ma sottolineo che si tratta di un successo solo parziale, perché nel testo di legge permangono elementi di grande pericolosità per la gestione delle organizzazioni sanitarie. Dobbiamo pertanto avere il coraggio di sottolineare con grande fermezza che il nostro Servizio sanitario nazionale non ha alcun bisogno del Coordinatore Clinico Aziendale. In Italia il Coordinatore della Clinical Governance, diversamente dalla Gran Bretagna, esiste già ed è il Direttore Sanitario di Azienda. *Come si fa a dimostrare che non si tratta di una affermazione corporativistica, ma che questa affermazione si basa sulla realtà dei fatti?*

Innanzitutto occorre chiarire in maniera inequivocabile che cosa sia la Clinical Governance.

A questo proposito due cose ci sono state dette.

La prima è che il termine è stato coniato per la prima volta nel 1998 in Gran Bretagna nell'ambito del documento "A first class service: Quality in The New National Health Service". La seconda è che la traduzione in Italiano di Clinical Governance è governo clinico.

Non è vero. Entrambe le affermazioni sono false.

Clinical Governance è un termine che è stato utilizzato per la prima volta dall'Organizzazione Mondiale della sanità (OMS) nel

1983 per rappresentare in modo sintetico gli aspetti multidimensionali della qualità. In quanto alla traduzione di Clinical Governance, Governance non significa governo. Governo in inglese si dice Government. Governance significa coerente capacità di monitoraggio dei fenomeni, loro indirizzo e gestione.

In quanto a Clinical ha un significato più ampio di clinico e va tradotto con sanitario. Clinical Governance significa quindi non governo clinico, bensì coerente capacità di monitoraggio dei fenomeni sanitari, loro indirizzo e gestione.

La Clinical Governance è data dall'unione delle diverse dimensioni della qualità che concorrono a migliorare il servizio prodotto.

Fra le numerose dimensioni della qualità esistenti, se ne possono individuare quattro di tipo fondamentale, che il governo clinico ha il compito di unire come rappresentato nella figura 1:

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

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

La responsabilità della Clinical Governance è compito del Direttore Sanitario di Azienda, mentre la gestione è compito del Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero.

Tutti gli operatori sono coinvolti nella gestione della Clinical

Governance nell'ambito di una articolazione dei ruoli tesa al miglioramento continuo della qualità.

Il volano è rappresentato dalla Direzione Sanitaria.

Il responsabile della Clinical Governance quali competenze deve possedere?

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

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

Risulta evidente l'importanza della formazione igienistica che deve però essere necessariamente integrata dalla capacità di utilizzare tutti gli strumenti necessari alla gestione integrata delle dimensioni della qualità descritte.

Le Scuole di specializzazione in Igiene, sia pure non uniformemente, sono d'altronde impegnate in una fondamentale attività di revisione continua dei contenuti d'insegnamento al fine di formare medici igienisti capaci di perseguire l'eccellenza nella loro attività di Direzione Sanitaria.

Appare evidente che l'aver ritenuto che il Coordinatore Clinico Aziendale potesse svolgere il compito di responsabile della Clinical Governance si spiega soltanto con l'aver preso erroneamente in considerazione, in virtù di un errore di traduzione, una sola delle dimensioni della qualità della Clinical Governance, ovvero quella tecnica, ignorando l'esistenza delle altre.

L'Italia non ha bisogno del Coordinatore Clinico Aziendale perché sono ben 66 anni, dalla Legge Petraghiani del 1938, che la Direzione Sanitaria dell'Ospedale è affidata a Medici Igienisti versati nell'Igiene e nella Tecnica Ospedaliera. Tuttavia l'evoluzione

dell'Istituto Ospedaliero richiede oggi al medico di Direzione sanitaria una particolare e specifica preparazione. Al contempo non deve mai dimenticare di essere un medico capace di essere considerato un autorevole interlocutore da parte degli altri medici e al contempo un coordinatore, uno stimolatore e un mediatore fra tutte le diverse figure professionali che svolgono la loro attività nell'ambito del sistema complesso ospedaliero. Questo concetto veniva d'altronde già efficacemente espresso nell'ormai lontano 1965 dal prof. Guzzanti in un articolo dal titolo "Il problema della Direzione negli Ospedali del nostro tempo" che è tuttora di una sorprendente attualità a distanza di quasi 40 anni. Non abbiamo bisogno di un Coordinatore Clinico aziendale, ma abbiamo bisogno che i medici svolgano un ruolo attivo nelle decisioni strategiche dell'ospedale e che costituiscano una presenza forte che affianchi la direzione.

Abbiamo bisogno che venga individuato con esattezza l'Organo deputato a svolgere questa funzione di fondamentale importanza, che sia il Collegio di Direzione eventualmente ampliato, oppure il Consiglio dei Sanitari riveduto e corretto, oppure il Comitato Tecnico-Scientifico negli IRCCS.

Comunque non si può pensare che gli Ospedali possano essere gestiti senza il coinvolgimento attivo dei medici e delle altre figure professionali che contribuiscono con la loro attività al raggiungimento degli obiettivi individuati.

Se poi questo Organo vuole essere rappresentato da una figura, allora ben venga un Coordinatore Clinico, ma con funzioni che non sono certamente in grado di sostituire il Direttore Sanitario.

Piuttosto che pensare di eliminare



Fig. 1 : dimensioni della Clinical Governance

Fig. 2 : Aree di competenza della Clinical Governance



il Direttore Sanitario di Azienda è necessario individuare delle proposte che, in uno scenario di ampio respiro, individuino il percorso formativo dei medici di Direzione Sanitaria. Non è nell'interesse dei cittadini, ad esempio, che un Direttore Sanitario d'Azienda, responsabile della Clinical Governance e che deve quindi possedere tutte quelle competenze di cui abbiamo parlato, sia genericamente, come previsto dalla normativa vigente, un medico che abbia maturato cinque anni di "qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione...", senza che

sia neanche specificato che li abbia maturati da Dirigente di Struttura Complessa. Oggi può assumere le funzioni di Direttore Sanitario di Azienda un medico con cinque anni di servizio senza che esistano dei parametri di valutazione che garantiscano che possieda le competenze professionali specifiche atte ad assumere la responsabilità della Clinical Governance. E le ultime proposte normative attentano anche alla professionalità del Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero, dimenticando che le competenze dei Medici di Direzione Sanitaria sono poliedriche e si acquisiscono con il tempo e con molta, tanta,

preparazione e fatica. L'ANMDO ritiene che in questo scenario istituzionale e professionale sia arrivato il momento e sia di fondamentale importanza avviare un sistema di verifica interna alla nostra professione individuando i contenuti dell'accREDITAMENTO professionale all'eccellenza dei Direttori Sanitari di Azienda, dei Direttori Sanitari di Presidio Ospedaliero e dei medici che svolgono la loro attività in Direzione Sanitaria.

L'accREDITAMENTO professionale all'eccellenza è un sistema di autovalutazione continua, a partecipazione volontaria, volta al miglioramento della qualità. Si basa sulla definizione di criteri, individuati dai professionisti in relazione alle loro specifiche competenze. Tali criteri definiscono il paradigma di qualità che orienta l'azione dei professionisti. Il professionista che soddisfa tali criteri dimostra di essere in possesso delle competenze necessarie per svolgere al meglio la propria attività. Il processo dell'accREDITAMENTO professionale all'eccellenza deve svilupparsi all'interno di orientamenti condivisi e compete alla rappresentanza della professione. Pertanto la proposta che formuliamo in occasione di questo nostro 30° Congresso Nazionale che vuole rappresentare una svolta tesa alla valorizzazione ulteriore della figura del Direttore Sanitario di Azienda, del Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero e di tutti i medici che svolgono la loro attività nell'ambito delle Direzioni Sanitarie, è quella di istituire un Registro Volontario dei Direttori Sanitari. Tutti gli iscritti all'ANMDO che desiderino, su base totalmente volontaria, essere inseriti in questo Registro che sarà consultabile da chiunque su Internet, saranno invitati ad inviare la documentazione atta a dimostrare che sono soddisfatti i

criteri individuati dall'ANMDO anche con la collaborazione preziosa di altre società scientifiche. Tali criteri, che verranno comunque preventivamente comunicati al richiedente che potrà così valutare se presentare o meno la domanda d'inserimento, evidenziano le competenze e le capacità che l'ANMDO ritiene debbano essere presenti e alimentate per svolgere il nostro ruolo troppo spesso affidato a Colleghi che questi requisiti, a causa della loro estrazione formativa, non li possiedono. Tutta la procedura d'inserimento è ovviamente riservata. In caso di inserimento nel Registro verrà riportato solo il nominativo senza nessuna altra informazione consultabile. In caso di mancato inserimento solo l'interessato ne

verrà messo a conoscenza e gli verranno anche spiegate le motivazioni al fine di consentirgli di ripresentare la domanda una volta soddisfatti i requisiti stessi. E' evidente che il Registro non ha di per sé stesso valore legale, ma chiunque intenda affidare un incarico di Direttore Sanitario di Azienda e/o di Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero e/o di dirigente di 1° livello di Direzione Sanitaria avrà a disposizione uno strumento per verificare se il nominativo risulti o meno in possesso di un bollino di certificazione di qualità assegnato dall'Associazione professionale di riferimento. L'inserimento nel registro e quindi l'accreditamento all'eccellenza dovrà essere rinnovato periodicamente in quanto i criteri di riferimento

varieranno nel tempo essendo legati alle best practices che evolvono in una logica di miglioramento continuo della qualità. Ci rendiamo perfettamente conto che si tratta di una proposta innovativa che può suscitare al contempo reazioni entusiastiche o enormi diffidenze e pertanto l'Associazione avrà bisogno dell'impegno di tutti gli iscritti, che dovranno indicare se considerano tale iniziativa, all'avanguardia nel panorama sanitario nazionale, stimolante e, in caso affermativo, fornire la indispensabile collaborazione al fine di predisporre e validare criteri condivisi che consentano di attivare un Registro Volontario dei Direttori Sanitari Italiani.

NUOVA STATIM 5000SB

Con la nuova STATIM 5000S B potrete disporre di una macchina capace di sterilizzare in modo rapido quando serve, ma sempre rispettando le normative (NON ESISTONO CICLI cosiddetti "FLASH" nella STATIM 5000S B, peraltro questi cicli non sono più previsti da alcuna normativa in materia).

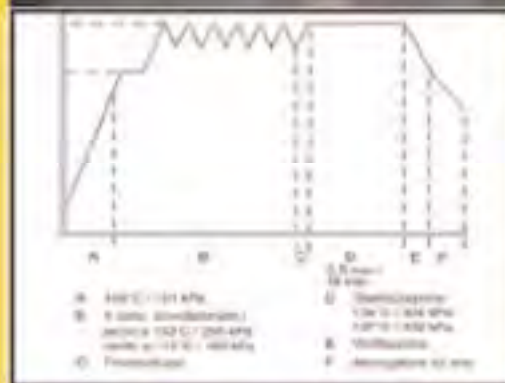
STATIM 5000S B utilizza gli stessi parametri di esposizione delle grandi autoclavi, ma soprattutto effettua la sterilizzazione in accordo con le nuove norme europee (EN13060) che prevedono ad esempio: per gli strumenti non imbustati un'esposizione al vapore saturo per un tempo minimo di 3 minuti a 134°C per raggiungere una riduzione logaritmica della carica batterica di 10^6 .

Il "segreto" della STATIM 5000S B è nella tecnologia che utilizza per raggiungere le condizioni di sterilizzazione; un concentrato di tecnologia al servizio della sterilizzazione...

RAPIDA, SICURA ed anche con TEST DI VALIDAZIONE GIORNALIERA

In soli **9 minuti** avrete lo strumentario sterile e pronto per essere utilizzato; la velocità di trattamento di STATIM 5000S vi permetterà di ridurre il numero di set di strumenti necessari, praticissima per la sterilizzazione di ottiche, strumentario per artroscopia ed endoscopia, batterie di trapani, manipoli, strumentario delicato, ecc.

Il tutto con considerevoli risparmi economici e di tempo.



Kerna Italia srl Tel. 0422-821312 - Fax 0422-821332 - E-mail: info@kerna.it

DA: **COMESA** **SISTEMI MEDICALI**

- **TRADIZIONE,**
- **COMPETENZA,**
- **SERVIZI.**

... **TRADIZIONE**, COMESA Sistemi Medicali è da molti anni una società leader nel campo della tecnologia biomedica.

... **COMPETENZA**, la pluriennale esperienza maturata ha consentito di mettere a disposizione degli operatori prodotti della più avanzata tecnologia, con l'utilizzo di sistemi integrati modulari, la cui flessibilità ne permette in ogni momento qualunque aggiornamento innovativo nel campo della medicina.

... **SERVIZI**, COMESA Sistemi Medicali progetta e realizza soluzioni "chiavi in mano" dedicate ai Blocchi operatori e alle Aree specialistiche. Le nostre soluzioni pensate in funzione delle necessità del committente e articolate in varie tipologie di proposte sono tutte orientate a un solo obiettivo: essere un unico, valido e garantito interlocutore al quale affidare tutta la responsabilità della fornitura richiesta.

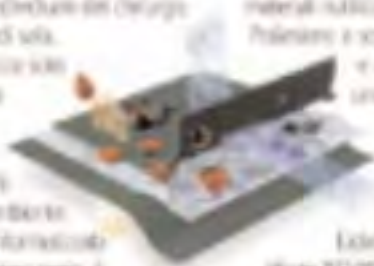


Da sempre
siete alla ricerca
della perfezione.

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

La sicurezza della sterilizzazione e del riciclo di camici e teli

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



La comodità della nuova generazione di tessuti 44-tubi

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

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

La completezza di una gamma per ogni tipologia di intervento

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



Lidimed

Un sistema di vantaggi.



Adiramef s.p.a.

Group
Tecnologie Avanzate

Quando un team di tecnici, amministrativi, metalli pregiati, materiali compositi, design ed impiantistica tecnologicamente avanzata, si fondono in una sintesi

- **Service e Global Service** apparecchiature elettromedicali e scientifiche

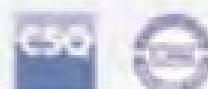


- **Industria** costruzione di apparecchi elettromedicali e scienzi. a tecnologia avanzata
- **Ricerca e sviluppo** precompetitivo su tecnologie avanzate
- **Telecomunicazioni:** Costruzione di sistemi di trasmissione e reti LAN
- **Impianti speciali:**
 - elettrici in strutture sanitarie
 - climatizzazione ospedaliera
- **Controlli e verifiche** di apparecchiature ed impianti tecnologici nel settore sanitario
- **Vendita di** apparecchi elettromedicali

Adiramef s.p.a.

Tel. +39 081 8011294 - fax +39 081 8011113
Ufficio: Quindici (NA) - Stabilimento: Capriano (CE)
www.adiramef.it - info@adiramef.it

Numero Verde
800 979180
Chiamata Gratuita



AZIENDA CERTIFICATA
UNI EN ISO 9001
UNI EN ISO 13485

MEMBRO ASSOCIATO
ASSOCIAZIONE AITIME S.p.A.

Edilizia sanitaria e medico di direzione ospedaliera: un “antico” ruolo da riscoprire?

Recentemente, alcuni colleghi di direzione medica ospedaliera si sono lamentati che nelle loro regioni, nell'ambito della progettazione di importanti strutture ospedaliere, il medico igienista viene chiamato ad esprimersi solo a progetto di massima ultimato, affermando che solo al momento della consegna della complessa documentazione presso le sedi deputate all'autorizzazione del progetto, si prende atto che manca il parere igienico-sanitario. Solo allora inizia la corsa al reperimento di un consulente disponibile a confermare, in tempi ristrettissimi e “possibilmente” senza apportare modificazioni sostanziali, quanto già predisposto dai progettisti, supportati da un team di tecnici di varia estrazione, dove manca solo il medico.

Data la rapidità dell'evoluzione dell'assistenza ospedaliera che esige strutture flessibili, e a seguito della complessità di un ospedale moderno, il rilascio del parere igienico - sanitario non può rappresentare l'inizio del coinvolgimento (all'ultimo momento) del medico igienista, bensì la conclusione di un importante iter preliminare, le cui tappe precedono la stesura del progetto di massima e nelle quali l'intervento del citato medico risulta fondamentale. Lo stesso deve partecipare attivamente agli incontri con i vari interlocutori: politici, amministratori, tecnici, futuri gestori delle singole strutture e rappresentanti di categoria.

Il medico igienista non può quindi limitarsi a valutare i requisiti igienico - sanitari finalizzati alla riduzione del rischio biologico, fisico e chimico per pazienti, operatori e visitatori, essendo il suo ruolo, grazie al suo ricco bagaglio culturale in materia, da considerare in seno ad una più ampia partecipazione progettuale. Tale medico, esperto, in programmazione, organizzazione e gestione ospedaliera, è particolarmente attento allo sviluppo ed alle innovazioni, sempre presenti e particolarmente consistenti in sanità, e rappresenta, quindi, un interlocutore fondamentale che, oltre a considerare le esigenze del momento, considera, per quanto possibile, i futuri sviluppi della sanità in ambito regionale, nazionale ed internazionale.

In tale ottica, il medico igienista è sempre stato, e riteniamo che lo sia sempre più in futuro, un insostituibile componente del team multiprofessionale, capace di riconoscere l'equilibrio tra esigenze igienico - sanitarie, funzionalità, tecnologia e comfort, tenendo sempre in primo piano la centralità del paziente, con una ampia visione proiettata verso il futuro.

Con una partecipazione attiva, incisiva e continuativa ed attraverso il rilascio di pareri che non siano dei semplici atti burocratici, il medico igienista si impegna a trasmettere il valore del suo parere, derivante da una professionalità tra le più poliedriche in campo medico. Solo allora il suo intervento non sarà più considerato, come talvolta purtroppo succede, un aspetto puramente formale, da rispettare per essere in regola con la normativa, bensì un atto ed un contributo indispensabili alla buona realizzazione del progetto.

E per una buona progettazione va anche sottolineato che le esclusive competenze igienistiche potrebbero non essere sufficienti, se è vero, come lo riteniamo vero, che determinate esigenze funzionali possono essere soddisfatte con risposte organizzative differenti, ecco la necessità che il consulente “igienista” ne mastichi di organizzazione ma non di quella teorica ma di quella vissuta.

Ed è questa esperienza maturata sul campo che consente, infatti, anche di fronte a vincoli progettuali rigidi, di individuare idonee soluzioni alternative.

E questo tipo di contributo fa parte del bagaglio culturale del direttore sanitario.

Ci appelliamo, quindi, ai nostri colleghi, affinché collaborino concretamente nel diffondere la cultura igienistica nell'ambito dell'edilizia sanitaria, anche attraverso la pubblicazione, sulla nostra rivista, di proposte concrete ed esperienze maturate sul campo.

Infine, la stesura di linee guida per la stesura dei vari pareri igienico-sanitari, a cura dell'A.N.M.D.O. in collaborazione con la Sital ed altre società scientifiche competenti in materia, che impostino un indirizzo tecnico - scientifico univoco, rappresenterebbe uno strumento di lavoro essenziale per il medico igienista. Inoltre, nei prossimi anni dovremo dedicare, nell'ambito delle nostre manifestazioni scientifiche, una maggiore attenzione a tali aspetti.

Solo così potremo riscoprire un “antico” ruolo da sempre legato alla professionalità del medico igienista e che nell'era del management molti di noi hanno con il tempo trascurato.

La Segreteria Scientifica Nazionale A.N.M.D.O.:

Karl Kob (Segretario Generale),

Cesare Catananti, Carmelo Del Giudice, Adriano Marcolongo,

Gabriele Pelissero (componenti).

(Presidente) Gianfranco Finzi,

(Vice presidente con delega scientifica) Ugo Luigi Aparo

KLINIKline

Vince sempre
al gioco
del silenzio

La famiglia Klinik line si allarga e cresce:
lavasciuga pavimenti, aspiratori, monospazzole



Dove pulizia, igiene e silenzio sono d'obbligo, Klinik Line di FIMAP è la soluzione ideale per garantirli e rinnovarli quotidianamente. Klinik Line è la linea completa e versatile di macchine professionali, esclusiva della pulizia di aree di cura, ospedali, cliniche ed ambienti che richiedono i più alti standard

di pulizia e sanificazione. Klinik Line viene offerta anche con la speciale formula di noleggio Colfrenti ed il servizio di manutenzione programmata Happy Clean. Dove il rispetto del silenzio è la prima regola da rispettare, FIMAP vince sempre.



FIMAP
pulito personalizzato

025500-813770001

SMALTODESIGN



Ospedale Guzzoni, Viterbo (RG) - Pugliese Simead s.r.l., Terniwellen Ethico (CT)

L'ACCIAIO PORCELLANATO

È il materiale ideale per il rivestimento di ambienti sanitari come sale operatorie, laboratori chimici, corridoi e box servizi igienici.

- u Igenicità
- u Azione antibatterica
- u Facilità di pulizia
- u Incombustibilità
- u Resistenza alle alte temperature
- u Resistenza allo shock termico
- u Resistenza alla corrosione
- u Resistenza agli agenti chimici
- u Stabilità del colore



Via IV novembre 22 - Cuggiono - Milano - Italia
Ph. +39-02-97219327 - Fax +39-02-97219326
E-mail: info@smaltodesign.it - www.smaltodesign.it

SIN-CERT
[CEKIO]

Gli standard di valutazione del servizio di sterilizzazione nelle lavanderie industriali

Riassunto

Nel presente lavoro vengono valutati gli standard di una centrale di sterilizzazione di una lavanderia ospedaliera. Gli autori evidenziano l'importanza del monitoraggio microbico di questi locali (aria e superfici di lavoro) al fine di prevenire la ricontaminazione della biancheria sottoposta ai processi di lavaggio. Deve inoltre essere messo in rilievo che livelli di contaminazione microbica $<0,2$ UFC/cm² di biancheria lavata, rendono sicura l'efficacia della successiva sterilizzazione in autoclave.

Summary

In the present work standards of a central of sterilization of an hospital laundry are valued. Authors emphasize the importance of a microbial monitoring of these rooms (air and working surfaces) in order to prevent the recontamination of the laundered falsies. It must be stressed that levels of microbial contamination <0.2 CFU/cm² of laundered linen will ensure the efficacy of the subsequent steam sterilization.

S. De Lorenzi*, G. Finzi**, P. Cugini**, G. Salvatorelli*, L. Mavilla**

* Dipartimento di Biologia dell'Università di Ferrara - Sez. Anatomia Comparata

** Direzione Ospedaliera Policlinico S. Orsola - Malpighi di Bologna

Prima di affrontare nello specifico le problematiche relative alla sterilizzazione di biancheria piana o confezionata destinata alle sale operatorie, è necessario definire alcuni concetti di base.

L'O.M.S. definisce sterilizzazione qualsiasi processo fisico e/o chimico che porta alla distruzione di tutte le forme di microrganismi, comprese le loro spore, presenti sull'oggetto che si intende sterilizzare.

Più recentemente, a questo criterio si è sostituito un criterio probabilistico recepito dalle Norme

UNI EN 556 e, conseguentemente, per sterilizzazione si intende quella condizione nella quale la sopravvivenza di un microrganismo è altamente improbabile.

Il livello di sicurezza di sterilità (Sterility Assurance Levels o SAL) equivale alla probabilità minore di $1/1.000.000$ (SAL $<1 \times 10^{-6}$) di trovare un microrganismo sopravvissuto al processo di sterilizzazione all'interno di un lotto sterilizzato intendendo, con questo termine, l'insieme degli oggetti costituenti il lotto stesso.

Un'elevata carica batterica, dovuta alla presenza di tracce di san-

gue, pus o feci sugli oggetti che si intende sterilizzare, condiziona sfavorevolmente il processo di sterilizzazione stesso, da cui consegue la necessità di una previa loro decontaminazione.

Sono da sottoporre al processo di sterilizzazione non solo i dispositivi utilizzati nelle pratiche asettiche, ma anche i dispositivi di supporto a tali pratiche e tra questi, ovviamente, rientra anche la biancheria piana o confezionata usata nelle sale operatorie.

Accanto ai manufatti in cotone, da sempre utilizzati per la capacità di assorbimento e di traspirabilità, di vestibilità e di comfort, di facilità di trattamento e di sterilizzazione, si vanno sempre più diffondendo manufatti in materiali cosiddetti a tecnologie avanzate, quali le microfibre di poliestere e i laminati, costituiti dalla presenza di una membrana in politetrafluoroetilene espanso avvolto da uno strato esterno ed uno strato interno di poliestere (goretex).

Questi nuovi materiali, rispetto al cotone, hanno il vantaggio di costituire una valida barriera al passaggio dei liquidi, quali il sangue ed altri liquidi organici ed inoltre di non rilasciare particelle, come fa il cotone, cause queste di inquinamento ambientale da particelle che, a loro volta, possono veicolare nell'aria microrganismi patogeni. La biancheria proveniente dagli ospedali, è caratterizzata da un'alta carica microbica: $1,7 \times 10^4/100\text{cm}^2$ (1).

Il processo termochimico di lavaggio riduce la carica batterica iniziale di 2 log.

Purchè siano rispettati sia i parametri fisici (temperatura), sia quelli chimici (efficacia dei prodotti de-

**PAROLE CHIAVE:**

lavanderia ospedaliera, contaminazione microbica della biancheria, disinfezione, sterilizzazione della biancheria.

KEY WORDS:

hospital laundry, microbial contamination of linen, disinfection, linen sterilization.

tergenti e disinfettanti) ed i tempi delle varie fasi di lavaggio, l'asciugatura della biancheria piana mediante mangano riduce ulteriormente la carica di 2 log.

L'asciugatura della biancheria confezionata mediante essiccatoi ad aria calda è meno efficace dell'asciugatura mediante mangano, soprattutto per una maggiore resistenza dei batteri Gram positivi (2). I manufatti in cotone, goretex e microfibra, alla fine dei processi di lavaggio ed asciugatura, devono avere una carica microbica (10 UFC/50cm² valutata secondo le norme UNI EN 1174-1,2,3, 1996-98 (3) (4) (5). In questi casi si può statisticamente escludere la presenza di microrganismi patogeni (6).

Il limite di accettabilità della carica microbica definito dal numero di

UFC/50 cm² può essere rapportato anche al peso dei singoli pacchi da sterilizzare.

Portiamo come esempio l'ipotesi peggiore in cui si abbia un kit da sottoporre a sterilizzazione con il numero di colonie massimo accettabile per quanto riguarda il numero di UFC/50 cm², in microfibra o materiale misto, che hanno un coefficiente superficie-peso elevato, e consideriamo il kit di maggior peso da sterilizzare da una lavanderia industriale, ad esempio 5000 gr. Il numero di microrganismi presenti risulterà in questo caso, pari a 1,33 x 10⁵. Essendo quest'ultimo valore notevolmente inferiore alla capacità di abbattimento dell'autoclave (1 x 10⁶), ne consegue che tale valore risulta accettabile. Alla decontaminazione ottenuta mediante i cicli di lavaggio - disinfezione può però seguire una possibile ricontaminazione della biancheria ad opera dell'inquinamento ambientale dovuto a:

- Formazione di film batterici al-

l'interno della lavacontinua o sulla pressa;

- Inquinamento dell'acqua di alimentazione o contaminazione dell'acqua di risciacquo per reflusso di acqua presente nelle altre camere;
- Elevata carica microbica dell'aria;
- Insufficiente sanificazione dei piani di lavoro o dei nastri trasportatori;
- Inadeguata igiene delle mani degli operatori.

Ne consegue che occorrerà monitorare l'inquinamento microbico ambientale e mettere in atto tutte quelle procedure di disinfezione atte a mantenere l'inquinamento entro livelli accettabili.

In assenza di una normativa specifica, per quanto riguarda le aree di lavoro della biancheria già sottoposta a cicli di lavaggio ed asciugatura (le così dette "aree pulite" di una lavanderia industriale), riteniamo accettabili, per analogia, i valori di riferimento riguardanti l'inquinamento dell'aria dei locali definiti a bassa conta batterica dalla World Health Organization (200-250 UFC/m³), mentre per le superfici dei piani di lavoro e dei nastri trasportatori, possono venir presi in considerazione i valori esposti in Omnilab PBI 2000 (7) secondo i quali il livello di igiene è in-

Tab. 1: Limiti microbiologici raccomandati per le Clean Areas in attività (Linee Guida EEC GMP 1997)

CLASSE	cfu/m ³ aria	cfu/24 cm ² superfici	Guanti (impronta delle 5 dita cfu/ guanto)
A	<1	<1	<1
B	10	5	5
C	100	25	-
D	200	50	-

Classi	Massima concentrazione particellare (particelle/m ³ d'aria)					
	0.1μ m	0.2μ m	0.3μ m	0.5μ m	1μ m	5.0μ m
ISO 1	10	2	--	--	--	--
ISO 2	100	24	10	4	--	--
ISO 3	1 000	237	102	35	8	--
ISO 4	10 000	2 370	1 020	352	83	--
ISO 5	100 000	23 700	10 200	3 520	832	29
ISO 6	1 000	237	102	35 200	8 320	293
ISO 7	--	--	--	352 000	83 200	2 930
ISO 8	--	--	--	3 520 000	832 000	29 300
ISO 9	--	--	--	35 200	8 320	293

Tab. 2: Classi di contaminazione particellare dell'aria per camere bianche ed ambienti a contaminazione controllata secondo le Norme ISO 14644-1

sufficiente per valori >50 UFC/24cm², accettabile per valori di 26-50 UFC/24cm² e buono per valori <25 UFC/24cm².

Per quanto riguarda la centrale di sterilizzazione, non esistono valori di riferimento specifici riguardo alla contaminazione microbica dell'aria e dei piani di lavoro.

Ci possiamo quindi riferire ai limiti microbiologici raccomandati, per le Clean Areas in attività, delle Gui-

de EEC GMP 1997 (8) (tab. 1). Limiti microbiologici più ristretti, in quanto riferiti a camere operatorie per interventi di chirurgia generale, sono presenti nelle linee guida ISPEL (9):

* **Aria** ≤180 UFC/m³
* **Superfici** ≤12 UFC/cm²

Anche per quanto riguarda l'inquinamento particellare dell'aria, non esistono valori limite specifici per le centrali di sterilizzazione. L'attri-

Tab. 3: Classi di contaminazione particelle dell'aria secondo le Norme Federal Standard 290E

Classi		0.1μ m		0.2μ m		0.3μ m		0.5μ m		5μ m	
		Unità di volume									
SI	English	(m ³)	(ft ³)	(m ³)	(ft ³)	(m ³)	(ft ³)	(m ³)	(ft ³)	(m ³)	(ft ³)
M 1		350	9.91	75.7	2.14	30.9	0.875	10.0	0.283	--	--
M 1.5	1	1 240	35.0	265	7.50	106	3.00	35.3	1.00	--	--
M 2		3 500	99.1	757	21.4	309	8.75	100	2.83	--	--
M 2.5	10	12 400	350	2 650	75.0	1 060	30.0	353	10.0	--	--
M 3		35 000	991	7 570	214	3 090	87.5	1 000	28.3	--	--
M 3.5	100	--	--	26 500	750	10 600	300	3 530	100	--	--
M 4		--	--	75 700	2 140	30 900	875	10 000	283	--	--
M 4.5	1 000	--	--	--	--	--	--	35 300	1 000	247	7.00
M 5		--	--	--	--	--	--	100 000	2 830	618	17.5
M 5.5	10 000	--	--	--	--	--	--	353 000	10 000	2 470	70.0
M 6		--	--	--	--	--	--	1 000	28 300	6 180	175
M 6.5	100	--	--	--	--	--	--	3 350	100	24 700	700
M 7		--	--	--	--	--	--	10 000	283	61 800	1 750

buzione della classe di contaminazione è in accordo con le norme ISO 14644-1 (10) e Federal Standard 209E (11) che fanno riferimento alle sale operatorie. Riteniamo opportuno che comunque non siano accettabili valori superiori alle classi ISO9 (per le Norme ISO 14644-1) e M7 (per le Norme Federal Standard 209E) (tab. 2 e tab. 3).

Grandi variazioni in senso peggiorativo, che si verificano sia pure all'interno delle classi delle normative sovra esposte in assenza di un significativo aumentato carico di lavoro, possono essere segno di un deterioramento della qualità dell'aria. In questi casi dovranno essere messi in atto controlli mirati ai sistemi di filtrazione ed aerazione per ripristinare le condizioni precedenti.

La sicurezza della sterilizzazione mediante vapore saturo si basa sulla osservanza dei seguenti parametri:

- Fisici (temperatura, pressione e tempo di sterilizzazione);
- Chimici (indicatori di processo e di sterilizzazione);
- Biologici (uccisione di spore di *Bacillus stearothermophilus* 105).

La verifica del processo di sterilizzazione viene inoltre effettuata almeno quindicinalmente su pacchi test presenti in varie posizioni all'interno dell'autoclave.

All'interno di ogni pacco sono presenti campioni di tessuto e una fiala contenente come indicatori biologici 105 spore di *Bacillus stearothermophilus* e un adeguato mezzo culturale. Essi permettono la verifica, dopo incubazione a $56 \pm 2^\circ\text{C}$ per 48 ore, del processo di sterilizzazione. Un'ulteriore verifica del processo viene compiuta valutando, in coltura, la sterilità dei campioni di tessuto presenti nei pacchi test.

Di recente sono state immesse sul mercato un nuovo tipo di fiale che permettono una verifica del processo di sterilizzazione in tempi brevissimi. In sole tre ore infatti questi nuovi indicatori permettono agli utilizzatori di rilasciare il materiale

sterilizzato con la certezza di averlo processato efficacemente e, conseguentemente, riducono i tempi di stoccaggio del materiale sterilizzato e il rischi di richiamo del materiale rilasciato e ritenuto erroneamente sterile. Tutto ciò è possibile grazie ad un nuovo sistema di lettura che utilizza una risposta a fluorescenza. Il sistema si basa sulla presenza di un enzima naturale (alfa-glucosidasi) presente sulle spore del *Bacillus stearothermophilus* ATCC 7953 contenute nella fiala, che reagisce con un composto non fluorescente presente nel brodo di coltura, contenuto nell'ampolla di vetro all'interno della fiala stessa (MUG: 4-metilumbelliferil-alfa-D-glucoside). Se il processo di sterilizzazione non è stato efficace, le spore ancora vive, presentano l'enzima ancora attivo, che scompone il MUG in una parte non fluorescente e una parte fluorescente, rilevabile da un fascio di raggi UV, tramite un apposito lettore-incubatore.

La verifica del mantenimento della sterilità viene effettuata su pacchi campione, mantenuti in condizioni di magazzino, per un tempo superiore alla data di scadenza (60gg).

In condizioni di asepsi si procede all'apertura del pacco e al prelievo dei campioni di tessuto che vengono introdotti in fiale contenenti adeguato terreno liquido colturale per batteri aerobi e anaerobi e per muffe e lieviti. Esse vengono messe successivamente in incubazione in termostato per una settimana. La mancata crescita microbica indica il mantenimento della sterilità del pacco stesso.

CONCLUSIONI

Il processo di sterilizzazione, rappresenta la tappa finale di un lungo cammino che la biancheria contaminata compie attraverso processi successivi di lavaggio, di asciugatura, di trasporto e di confezionamento.

Ogni tappa è fondamentale per l'ot-

tenimento di una buona qualità del prodotto finito.

Sarà quindi necessario, ai fini della sicurezza del processo di sterilizzazione, monitorare i singoli processi e l'igiene degli ambienti (aria e superfici) che ne costituiscono il percorso.

BIBLIOGRAFIA

1. Church BD, Loosli CG. *The role of the laundry in the recontamination of washed bedding.* *J Infect Dis* 1953 ; 93: 65-74

2. Blaser MJ, Smith PF, Cody HJ, Wang WLL, LaForce FM. *Killing of fabric-associated bacteria in hospital laundry by low-temperature washing.* *J Infect Dis* 1984; 149:48-57

3. UNI EN 1174-1:1996 *Sterilizzazione dei dispositivi medici. Valutazione della popolazione di microrganismi sul prodotto-Requisiti*

4. UNI EN 1174-2:1998 *Sterilizzazione dei dispositivi medici. Valutazione della popolazione di microrganismi sul prodotto-Linee guida*

5. UNI EN 1174-3:1998 *Sterilizzazione dei dispositivi medici. Valutazione della popolazione di microrganismi sul prodotto-Guida ai metodi per la convalida delle tecniche microbiologiche*

6. Walter WG, Schillinger JE. *Bacterial survival in laundered fabrics.* *Appl Environ Microbiol* 1975; 45: 591-597

7. OMNIALAB. *Catalogo manuale operativo di Scienza applicata 2000 - (Pbi)*

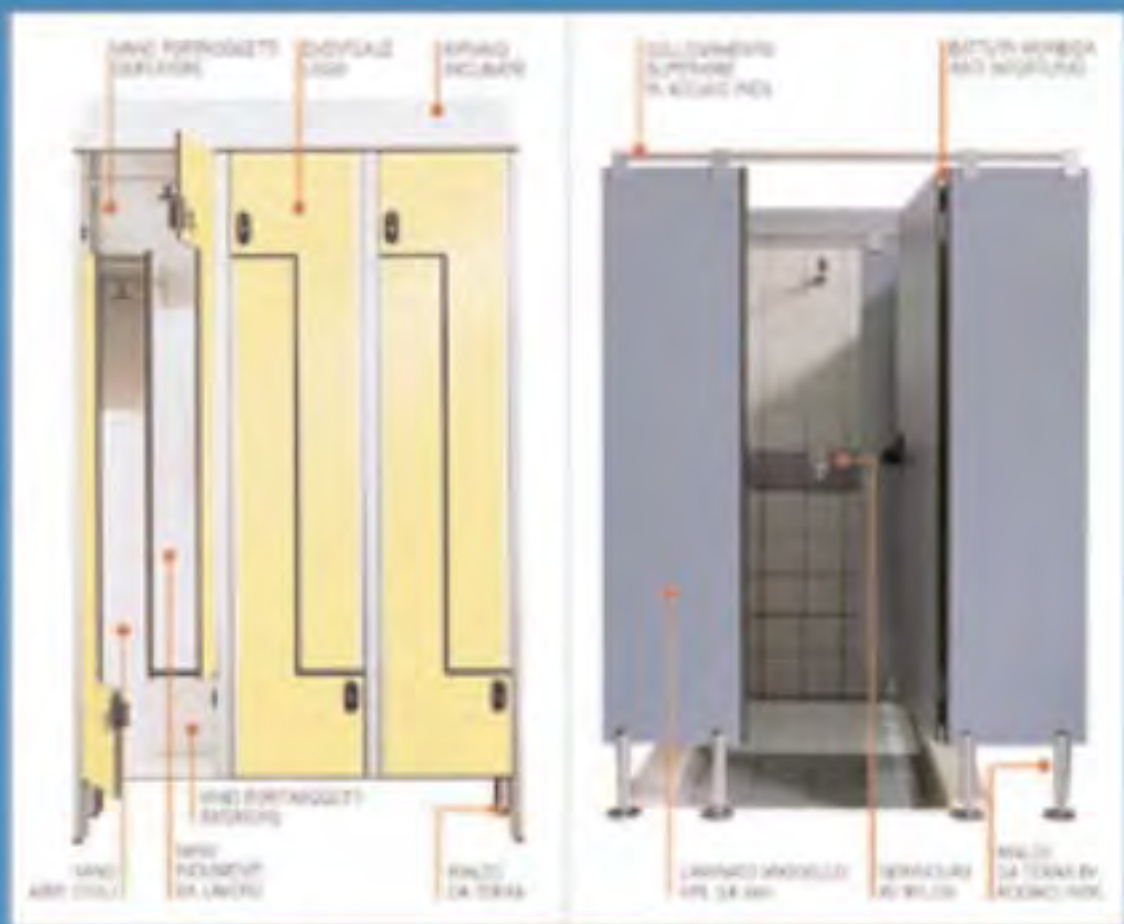
8. EEC-GMP Norms (*European economic community good manufacturing practices*) III ed. 1997

9. ISPESL. *Linee guida per la definizione degli standard di sicurezza e di igiene ambientale dei reparti operatori*

10. ISO 14644-1:2001. *Cleanrooms and associated controlled environments-Classification of air cleanliness*

11. Federal Standard 209E:1992 *Cleanroom and work station requirements. Controlled environments*

I nostri armadi e box fanno star meglio tutti. Tranne i microbi.



Gli armadietti e i box Patentverwag sono garantiti dieci anni, ma durano praticamente per sempre. Il motivo? Sono realizzati con estrema cura con materiali inossidabili di elevatissima qualità*. Sono lavabili, disinfettabili e costruiti nel rispetto delle normative vigenti**. Disponibili in

un'altissima gamma di forme e di colori sono anche realizzati su misura e personalizzabili. Tutto ciò non è frutto del caso. Patentverwag è da vent'anni leader nella produzione di attrezzature per il settore pubblico e sportivo: armadi, box doccia/wc, pareti divisorie, panchine e pavimentazioni.



Ecco perché importanti strutture ospedaliere ci hanno scelto. Qualche nome?

Centro Anzologico
Istituto Ortopedico Galeazzi
Ospedale Fatebenefratelli
Policlinico di Monza
Policlinico Casalpini
Ospedale Cardarelli

Aggiungete il vostro!

Essere bene assistiti per voi è indispensabile



Air Liquide Sanità Service, nel cuore dell'ospedale, condivide con medici e pazienti le esigenze e il desiderio quotidiano di migliorare la qualità delle terapie



Air Liquide Sanità Service assicura servizi integrati ospedalieri in ambito:

- **OncoBiologia:** realizzazione chiavi in mano di banche biologiche automatizzate e fornitura di apparecchiature per il congelamento e la crioconservazione.
- **Igiene:** linea completa di distribuzione ospedaliera (ANOG).
- **Medical Global Service:** fornitura di gas medicinali e progettazioni, analisi e manutenzione degli impianti per la loro distribuzione.
- **ModuAir:** produzione on-site di aria medica.
- **Progettazione, costruzione e gestione chiavi in mano di centrali di sterilizzazione (Omnic).**



In condizioni di massima tranquillità e sicurezza.

Il risk management sanitario nei programmi di qualità e clinical governance

Riassunto

La gestione del rischio sanitario rappresenta un riferimento fondamentale nel quadro dei valori di fondo di un'organizzazione sanitaria (vision aziendale), perché le consente di esprimere e realizzare pienamente la mission aziendale e, secondariamente, di incidere sul controllo degli oneri gestionali e finanziari legati agli "errori medici". Un possibile modo di gestire il rischio sanitario è rappresentato dal cosiddetto risk management, consistente in tecniche di monitoraggio ed analisi, con derivato controllo, degli eventi critici, dei cosiddetti "quasi eventi" o degli eventi sentinella. Queste tecniche acquisterebbero verosimilmente una valenza maggiore se fossero integrate da altre più propriamente appartenenti alle strategie della Qualità/Formazione/Prevenzione.

Summary

The risk management play a key role in the sanitary organization because on the hand it allow to realize the mission firm, on the other hand it permit the control of the financial hourliesa and managerial. A possible procedure in the management of the risk management can be developed through the support of monitoring and analisys thechnology. These techniques could become much importants if integrate with others of these wich belong at the strategy of Quality/Formation/Prevention.

Vastola P.* De Vita A.* Riccio A.**

* Direzione Sanitaria di Presidio ASL Salerno 3

** Direzione Sanitaria di Presidio A.O. Rummo Benevento

INTRODUZIONE

La Qualità costituisce una metodologia di lavoro di interesse e valore fondamentale. Attualmente fare Qualità significa fare Clinical Governance (CG), che rappresenta una strategia generale di attività in cui le organizzazioni sanitarie, rendendosi consapevoli della necessità di salvaguardare alti standard di cura, e quindi di perseguire un continuo miglioramento della qualità dei servizi offerti, implementano interventi diretti alla costruzione di una realtà in cui possa fiorire l'eccellenza

dell'attività clinica (1).

Gli interventi di CG consistono in attività miranti all'erogazione di prestazioni fondate sull'evidenza (Evidence Based Health Care - EBHC), in attività di formazione continua, in attività audit, in attività collegate alla qualità percepita, in attività di produzione di codifiche e di attuazione di programmi di risk management. L'espressione risk management è nata in USA negli anni Settanta. Essa sta ad indicare le tecniche di prevenzione degli errori medici e di riduzione dei rischi per la salute del paziente e, conseguentemente, per

le casse dell'ospedale (2).

La Figura 1. esprime il susseguirsi degli interventi di Qualità in una spirale il cui giro fondamentale è rappresentato dalla Formazione (che si realizza direttamente con i programmi di aggiornamento e formazione continua, e indirettamente con tutte le altre attività di CG) ed il cui polo o punto fisso è rappresentato dall'eccellenza dell'attività clinica. Una politica di CG, nel programmare una strategia della Qualità delle performance sanitarie, concretizza nel contempo l'aggiornamento tecnico-specifico di quanti vi partecipano attivamente, nonché la prevenzione e il controllo dei rischi legati all'attività stessa.

IL RISCHIO SANITARIO

L'attività sanitaria, e non solo rispetto alla sicurezza del paziente, implica l'esistenza di un rischio intrinseco all'attività stessa - rischio che si può definire rischio sanitario - con conseguente possibile danno. Possiamo distinguere il rischio sanitario in rischio clinico e rischio organizzativo, vale a dire rischio di danno clinico e rischio di danno organizzativo. Per rischio clinico possiamo intendere un rischio riferito essenzialmente al danno conseguente all'atto medico-clinico, per rischio organizzativo un rischio essenzialmente riferito al danno conseguente all'attività gestionale e organizzativa. Pur considerando le strette e inscindibili relazioni tra le componenti tecnico-specifiche e organizzative dei processi assistenziali, la predetta distinzione potrebbe avere valore metodologico (indirizzo e focalizzazione dell'attenzione prevalentemente

**PAROLE CHIAVE:**

Qualità, Risk management

KEY WORDS:

Quality, Risk management



Figura 1 La spirale della qualità nei programmi di Clinical Governance

su l'uno o l'altro degli aspetti operativi dell'attività sanitaria). Inoltre, sia nell'uno sia nell'altro caso potrebbe essere utile parlare di rischi primari e secondari, specificando che il primo danno che si verifica è sempre un danno etico-deontologico, perché viene meno la funzione e lo scopo della professione sanitaria.

La Figura 2 esplicita le implicazioni primarie correlate al rischio di danno clinico e organizzativo, rappresentate dal danno etico-deontologico, con i conseguenti danni sull'integrità psico-fisica dei pazienti - ma anche operatori o visitatori - e possibili effetti negativi psico-fisici sul professionista stesso.

La Figura 3 esplicita le implicazio-

ni, oltre che primarie, secondarie correlate al rischio di danno: danni di natura finanziaria a carico del professionista, dell'azienda e della collettività. Le implicazioni terziarie, infine, sono rappresentate dalle possibili conseguenze penali. C'è da dire, infine, che il rischio di danno organizzativo si ripercuote sul rischio di danno clinico, e il rischio di danno clinico si ripercuote sulla struttura organizzativa.

Una quota rilevante di rischio sanitario non si può annullare (per quanto riguarda il rischio biologico nei pazienti, per esempio, la letteratura (3) riporta che solo un terzo delle infezioni ospedaliere risulta prevenibile): il rischio è intrinseco all'attività assistenziale in sé. Tuttavia esso si può controllare attraverso un sistema di gestione del rischio: il risk management sanitario.

IL RISK MANAGEMENT

Il risk management sanitario potrebbe essere distinto, per motivi metodologici, in risk management clinico, vale a dire gestione del rischio primariamente clinico, e risk management organizzativo, in altre parole gestione del rischio primariamente organizzativo.

IL RISK MANAGEMENT CLINICO

Il risk management clinico può essere definito come una strategia di controllo del rischio di danno conseguente ad atti medico-clinici. Questa strategia potrebbe consistere nell'implementazione di

A. una politica di reparto di convergenza, collaborazione, condivisione;
B. programmi interni (di reparto) di CG e quindi di

- programmi di formazione continua tecnico-professionale, con aggiornamento continuo sulle pratiche assistenziali basate sulle evidenze scientifiche (EBHC);
- programmi di risk management organizzativo;
- attività di clinical audit;
- attività collegate alla qualità clinica percepita;
- attività legata all'adozione di codifiche assistenziali, in particolare percorsi diagnostico-terapeutici.

IL RISK MANAGEMENT ORGANIZZATIVO

Il risk management organizzativo può essere definito come una strategia di controllo del rischio di danno conseguente ad attività gestionale-organizzativa. Questa strategia ha i seguenti obiettivi:

- garantire i principi di etica professionale e deontologica;
- garantire la sicurezza dei malati;
- garantire la sicurezza dei lavoratori e dell'intera popolazione ospedaliera;
- fornire garanzie medico-legali per tutti gli operatori;

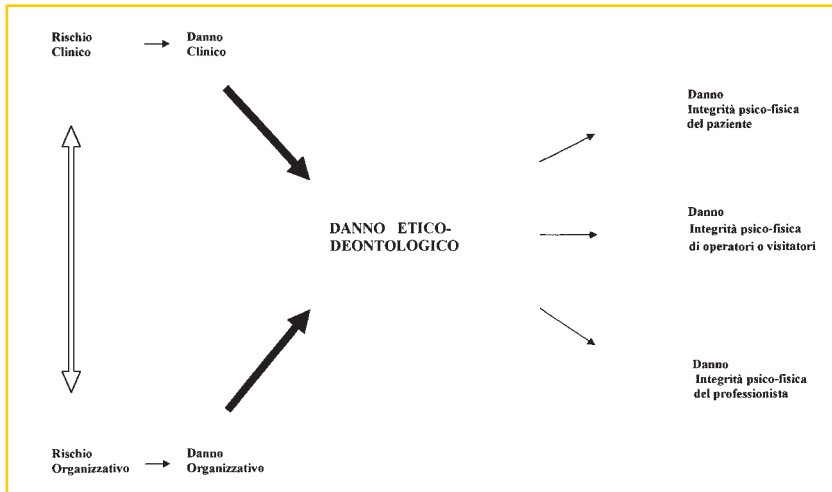


Figura 2
Rischio sanitario: implicazioni primarie correlate al rischio di danno sanitario

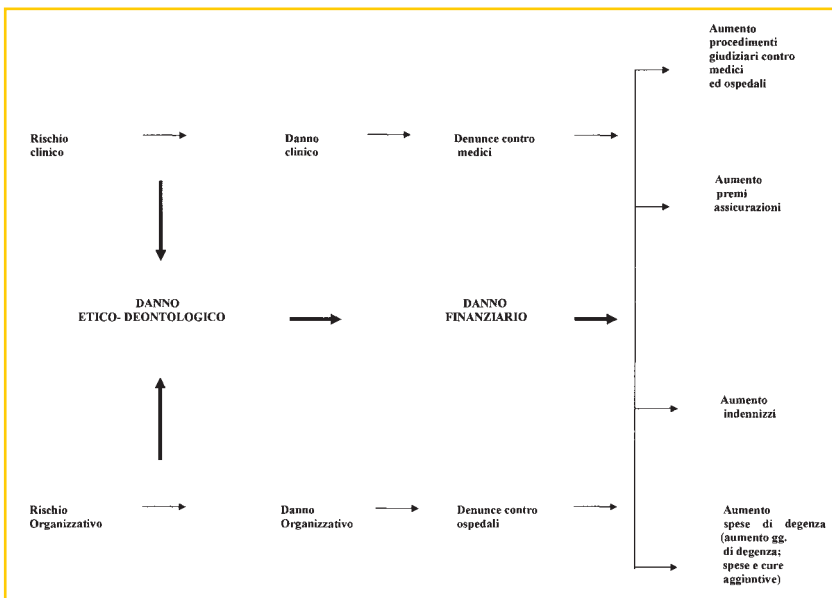


Figura 3
Rischio sanitario: implicazioni primarie e secondarie correlate al rischio di danno sanitario

- ridurre gli effetti negativi di natura finanziaria. Essa potrebbe consistere nell'implementazione di:
 - a. una politica aziendale di convergenza, collaborazione, condivisione;
 - b. programmi aziendali di CG e quindi di
 - ☛ programmi di formazione etico-deontologica, al fine di favorire l'integrazione culturale dei principi;
 - ☛ programmi di formazione manageriale e gestionale, al fine di favorire l'integrazione culturale dei metodi;
 - ☛ attività di audit organizzativo;
 - ☛ attività collegate alla qualità organizzativa percepita;
 - ☛ attività legata all'adozione di codifiche organizzative unità opera-

tiva-specifiche, mediante specificazione scritta dei seguenti elementi:

- ☐ fasi del processo assistenziale;
- ☐ rischi e punti critici;
- ☐ interventi correttivi;
- ☐ interventi preventivi (produzione di codifiche e protocolli discussi e condivisi in cui sia specificato chi fa cosa e come; educazione e formazione del personale sulle regole di buona prassi e di corretto comportamento assistenziale);
- ☐ interventi di verifica.

CONCLUSIONI

Il sistema oggi maggiormente accreditato sia in Italia sia all'Estero, per la gestione del rischio clinico, è quello della registrazione dell'evento cri-

tico e dell'analisi delle cause dell'evento (4).

Si ritiene che queste modalità operative debbano però essere considerate integrative e non sostitutive rispetto a modalità di intervento di tipo Preventivo, o che riguardano la metodologia della Qualità e delle Formazione.

Esiste infatti un'enorme difficoltà a rilevare, prima ancora degli errori, già gli eventi critici: la punizione o il timore della punizione, dei risvolti medico-legali e dei giudizi "interni" incentiva a nascondere gli errori (o i quasi errori) commessi, e la conoscenza di questi, inoltre, arriva quando il danno si è già compiuto, se danno si produce.

Per questo motivo si attribuisce una valenza fondamentale agli interventi preventivi ed elettivi, da adottare prima che si verifichi l'evento sentinella, e attraverso modalità operative che agiscano sulla modifica culturale dei comportamenti.

Tuttavia i programmi di gestione del rischio, già codificati e adottati in varie strutture ospedaliere del nostro Paese, e che spaziano dalla semplice registrazione degli errori e degli eventi sentinella, al collegamento con le articolazioni aziendali che trattano della sicurezza, fino ad attività più complesse come l'analisi delle cause degli eventi, hanno sicu-

mente un duplice vantaggio:

- a) introdurre e diffondere nelle Aziende Sanitarie la "cultura dell'errore" (errore inteso come punto di forza perché momento e occasione per imparare a prevenire altri errori);
- b) consentire di intervenire su quegli eventi e processi importanti ed urgenti che necessitano di interventi correttivi immediati, che non possono attendere i lunghi tempi richiesti dalle metodologie della Qualità/Formazione/Prevenzione.

Preme infine rilevare come lo spirito informatore di un qualunque specifico programma di gestione del rischio sanitario non dovrebbe essere quello di minimizzare le probabilità di danno di natura finanziaria, bensì quello di migliorare la qualità dell'assistenza, quindi tendere verso l'eccellenza e garantire l'obiettivo principe, cioè la tutela della salute.

Il controllo dei danni finanziari ne rappresenterebbe conseguenza implicita e automatica.

BIBLIOGRAFIA

1) Glossario; <http://www.sivrq.com/CQINFO/cqinfo/gen98/glossari.htm> - (visitato il 04/11/2003) JCAHO, 1993; <http://www.sivrq.com/CQINFO/cqinfo/gen98/glossari.htm>; QA, 1992; <http://www.sivrq.com/CQINFO/cqinfo/gen98/glossari.htm>; Zanetti M e coll, 1996; <http://www.sivrq.com/CQINFO/cqinfo/gen98/glossari.htm>

2) Marcon G. Il programma di Risk Management del Vanderbilt Hospital (VUMC). *Rischio Sanità* 2001; 2: 7-10

3) Haley RH et al. Update from the SENIC project. *Hospital infection control: Recent progress and opportunities under prospective payment. Am J Infect Control* 1985; 13: 97-108

4) AA. VV. Il risk management nelle aziende sanitarie. A cura di M. Del Vecchio e L. Cosmi. Mc Graw Hill 2003: 19



LAVASCIUGA & FONENDOSCOPIO

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

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

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



MOLTO PIÙ DI UN SEMPLICE FORNITORE

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





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

di Dr. K. K. et al. (compilato).

Tutti sappiamo che non bisogna mai sottovalutare il rischio di un'infiammazione batterica, prima e durante un intervento chirurgico può essere una conseguenza (1).

Le statistiche europee riportano una prevalenza di infezioni post-operatorie della ferita chirurgica pari al 5%. Molto spesso, in caso di queste infezioni sono i medici che reggono cura del paziente fino alla ferita chirurgica, durante l'intervento.

Per questo che questo è un rischio sicuramente elevato di copertura inoperabile, proprio come Klinidrape. L'operabilità, l'assoluta sicurezza dei tessuti, ed il nuovo concetto Klinidrape come draping fissato gli standard nel draping per un migliore controllo della infezione in sala operatoria. Per ulteriori informazioni su Klinidrape come draping e sul sistema completo di servizi e di prodotti Klinidrape, potete consultare il sito www.klinidrape.com o contattarci direttamente all'indirizzo info@klinidrape.com.

© Klinidrape, S.p.A. - 20132 Milano, Italia
Klinidrape è un marchio registrato di Klinidrape S.p.A.
Tutti i diritti sono riservati.



per la sterilizzazione

VASCHE PER
DECONTAMINAZIONE



PROTEGGI STRUMENTI



PRODOTTI PER LAVAGGIO



GRIGLIE IN ACCIAIO PER
STRUMENTI



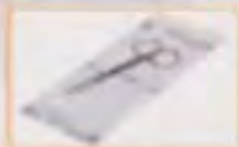
BUSTE E ROTOLI PIATTI E A
SOFFIETTO



TERMOSALDATRICI E
CONTROLLO DELLA
SALDATURA



BUSTE AUTOSALDANTI



BUSTE CLEANTEX



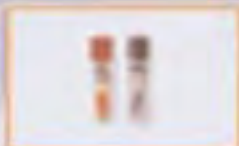
CARTA CRESPIATA



TESSUTO NON TESSUTO



INDICATORI BIOLOGICI



PACCHI PRONTI PER IL TEST
DI BOWIE & DICK



INDICATORI MULTIPARAMETRO



INDICATORI INTEGRATORI



SISTEMI DI TRACCIABILITA'

SONDE PER CONTROLLO PARAMETRICO



IDECO SRL. VIA BRACCIANO 17, 20098 SAN GIULIANO MILANESE (MI).
TELEFONO 02-98281018 - 98280805 - FAX 02-98281025

E-MAIL: IDECO@IDECOWEB.COM
SITO INTERNET: WWW.IDECOWEB.COM

La riorganizzazione del servizio di trasporto interno: la realizzazione dell'Ufficio Logistica

Riassunto

Nel contesto sanitario attuale un PO a media/alta complessità organizzativa necessita di una struttura dinamica e snella che gestisce compiti di modesto livello professionale. L'Ufficio Logistica attivato nel PO NSGD dell'ASL di Firenze da circa 9 mesi fornisce tali risposte ai numerosi problemi quotidiani di logistica interna. Questa nuova struttura dipende funzionalmente dalla DSPO e annovera numerose competenze che spaziano dalle varie tipologie di trasporto interno, al supporto per attività obituali, pesatura dei rifiuti e tutela dell'immagine. È molto apprezzata da Reparti e Servizi, dagli stessi operatori ed ha già ottenuto notevole riduzione dei costi di gestione dei servizi che esegue.

Summary

A medium- high complexity referral Hospital requires, in the current health system, a supple and dynamic service to manage its logistic problems. The Logistic Office opened 9 months ago in the NSGD Hospital by the Florence Health trust, needs these requirements. It handles the numerous daily logistic problems which arise within in the Hospital. This new unit is shared by personnel able to coordinate internal transfer; deals with death certifications, refusal garbage disposal and public relations. It has proved to be extremely useful both to the ward staff and the various service units and has already reduced the management costs of those activities it deals with.

M. T. Benghi, A. Alessandri, A. Appicciafuoco, S. Bocci, R. Guadagno

Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Ospedale S. Giovanni di Dio, A.S. Firenze

In Toscana, ormai da tanti anni la professione Infermieristica gode di piena autonomia e di pari dignità nei confronti della categoria medica. Già nella Legge Regionale n° 71/80, la declinazione delle attività prevedeva come UU. OO. autonome, indipendenti e di eguale "peso" gerarchico, i Servizi Infermieristici e le UU. OO. Ospedaliere ricomprese tutte nel Servizio delle Attività Specialistiche. Questo insieme delle scienze infermieristiche si è consolidato

Situazione precedente:
operatori n° 6 = 210 ore/settimana

Schema di servizio:
lunedì-venerdì 3 M + 3 P
sabato 2 M + 1 P
domenica 1 M + 1 P

culturalmente e, anche oggi nel 2004, il Coordinamento Infermieristico, pur collocato in staff alla DSPO, ha ampia autonomia tecnico-professionale. La proiezione periferica del Servi-

zio Infermieristico nel Presidio Ospedaliero è la Struttura Complessa di Assistenza Infermieristica organizzata per Settori Omogenei di intervento.

Ogni Settore Omogeneo ha una figura infermieristica di riferimento, (Posizione Organizzativa di Coordinatore dell'Assistenza Infermieristica di Area Omogenea), che si raccorda e collabora con il responsabile medico dell'Area Funzionale (che in Toscana è l'equivalente del Dipartimento).

Il rapporto di collaborazione fra parte medica e infermieristica si concretizza nelle riunioni di DSPO con le Aree Funzionali e del Comitato di Presidio, dove è componente effettivo e a pieno titolo il Responsabile della Struttura Complessa di Assistenza Infermieristica.

Situazione attuale:
operatori n° 3,5 = 138 ore/settimana

Schema di servizio:
martedì-venerdì 2 M + 1,5 P
sabato 2 M + 1 P
domenica 1 M + 1 P

La trasformazione dei vecchi "Uffici Ispettivi" nei nuovi Settori Omogenei ha lasciato scoperta una serie di competenze che non possono essere inavase.

Sono compiti e prescrizioni, a volte di modesto livello professionale, che esigono una risposta nel quotidiano.

Per questo abbiamo pensato di attivare un ufficio ad hoc, che abbiamo chiamato "Ufficio Logistica", composto da ausiliari e da dipendenti di una Ditta di Servizi.

**PAROLE CHIAVE:**

Ufficio Logistica, competenze nuovo ufficio, rapporti di collaborazione con l'UO di Assistenza Infermieristica Ospedaliera e DSPO.

KEY WORDS:

The Logistic office, jobs of the new office, collaboration with the unit of nursing care and with the Medical Direction of the Hospital.

L'Ufficio Logistica" può essere attivato mediante due modalità:

- a. l'appalto a Ditta esterna, che provveda a coprire il servizio sulle 12 ore nei giorni lavorativi non festivi e per 6 ore nei giorni festivi;
- b. l'utilizzazione di personale tecnico dipendente (ausiliari, OTA, OSS) certificati o non dal medico competente.

La prima soluzione è senz'altro quella preferibile a medio o lungo termine. Nell'immediato ci è stato possibile praticare la seconda soluzione, che ci ha anche permesso una parziale utilizzazione, la migliore possibile al momento, di personale dipendente poco utilizzabile nei Reparti e nei Servizi e che grava comunque sui costi aziendali.



Il servizio nel **PO Nuovo S. Giovanni di Dio di Firenze**, impostato su questa tipologia di personale, che affrisce direttamente alla Direzione Sanitaria, comprende compiti logistici di vario tipo:

1 trasporto interno dei pazienti.

La carenza di operatori dipendenti dedicati alle attività di supporto di Reparti e Servizi, indusse la DSPO dell'Ospedale Nuovo S. Giovanni di Dio ad affidare all'esterno i trasporti interni, con l'obiettivo di eseguire in sicurezza il trasporto interno dei pazienti e ottimizzare i tempi delle attività (prelievo, trasporto, consegna

dei pazienti), responsabilizzando gli operatori coinvolti nell'intero processo.

La nuova realtà organizzativa richiede la predisposizione di una nuova struttura per la centralizzazione delle attività: l'Ufficio Logistica.

Tale nuova struttura:

- controlla le priorità e le modalità di trasporto delle richieste inviate dai Reparti e Servizi
- prepara le liste dei trasporti programmati e le consegna agli addetti
- riceve le richieste di trasporto interno non programmato e indica le priorità ai portantini
- comunica al Reparto l'arrivo dell'addetto e chiede conferma della modalità di trasporto

2 trasporto ordinario esterno di pazienti

- pazienti ricoverati che devono eseguire esami e/o indagini strumentali, ecc,
- pazienti autosufficienti che non necessitano di assistenza infermieristica e/o ambulanza attrezzata.

L'Ufficio Logistica (fino al mese scorso ha):

- raccolto le richieste provenienti dai Reparti per l'effettuazione di esami all'esterno del PO
- comunicato liste dei trasporti agli addetti dell'ambulanza
- fornito un operatore di equipaggio all'ambulanza
- controllato l'effettivo rientro dei pazienti

3 raccordo con l'autoparco per il trasporto all'esterno di materiali

L'Ufficio Logistica:

- raccoglie i campioni consegnati da Reparti e Servizi ai Laboratori del PO
- raccoglie e smista le richieste di

esami dei pazienti presso altri Ospedali o per altre sedi esterne

- suddivide e raggruppa i materiali per le varie sedi esterne
- consegna i campioni e le richieste di competenza agli autisti dell'autoparco

4 consegna dei materiali a Reparti e Servizi

L'Ufficio Logistica:

- riceve i corrieri per merci che non transitano dai magazzini per Reparti e Servizi che hanno indicato al fornitore l'Ufficio Logistica come luogo di consegna
- appone la firma sulle bolle di trasporto
- consegna la merce ai destinatari (Reparti e Servizi) nel più breve tempo possibile
- annota l'avvenuto recapito e la successiva distribuzione

5 pesatura dei rifiuti

L'Ufficio Logistica:

- è punto di riferimento per i trasportatori autorizzati
- sorveglia il conferimento dei rifiuti applicando la procedura DSPO/PR/027
- registra delle pesate sullo scontrino predisposto dalla DSPO
- controlla che i pesi riportati sui formulari di trasporto dei rifiuti siano effettivamente corrispondenti alla quantità dei rifiuti pesati

AZIENDA SANITARIA di FIRENZE

NUOVO OSPEDALE SAN GIOVANNI DI DIO

DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO

Titolo della Procedura:

Pesatura dei rifiuti P.O. N.S.G.D.

Codice DSPO/PR/027

Rev. 0

Pagina 1 di 5

Presidio:

Ospedale Nuovo San Giovanni di Dio

Struttura organizzativa:

Direzione Sanitaria di Presidio

Data: 14.10.02

Responsabile Redazione

AFD M. T. Benghi

Responsabile Convalida:

Dr S. Bocci

Persona o Organismo che approva:

Dr A. Appicciafuoco

Organizzazione

6 consegna delle salme

L'Ufficio Logistica:

- è punto di riferimento per le Imprese di Onoranze Funebri
- consegna le salme quando il tecnico necroforo è assente
- esegue l'annotazione cronologica del decesso
- richiede all'Impresa la firma sul registro
- appone la sua firma di avvenuta consegna
- consegna i documenti alla Segreteria della DSPO
- esegue fotocopia tutti i documenti per l'archivio.

AZIENDA SANITARIA di FIRENZE
NUOVO OSPEDALE SAN GIOVANNI DI DIO
DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO
Titolo della Procedura:
Gestione del paziente deceduto nel PO NSGD

Codice DSPO/PR/021

Rev. 0

Pagina 4 di 18

Presidio:

Ospedale Nuovo San Giovanni di Dio
Struttura organizzativa:

Direzione Sanitaria di Presidio

Data: 1.5.03

Responsabile Redazione

AFD M. T. Benghi

Responsabile Convalida:

Dr S. Bocci

Persona o Organismo che approva:

Dr A. Appicciafuoco

7 trasferimento o spostamento di reparti, servizi, ambulatori, ecc.

L'Ufficio Logistica:

è di supporto per la movimentazione di pazienti e di arredi di modeste dimensioni, secondo le istruzioni:

- della DSPO (vedi elenco attività)
- del Responsabile dell'Assistenza Infermieristica dell' Area Omogenea del Reparto/Servizio coinvolto

8 sorveglianza e tutela dell'immagine

L'Ufficio Logistica:

- rimuove opuscoli promozionali o pubblicitari sparsi nei locali accessibili

- ogni altro materiale lasciato fuori posto
- controlla il degrado o l'usura di arredi, porte, ecc..., degli spazi comuni
- controlla le inefficienze o disfunzioni organizzative
- controlla la presenza di ingombranti fuori posto
- controlla ogni altra irregolarità

9 attività di facchinaggio di modesto impegno fisico

L'Ufficio Logistica:

- risparmia ore sulla Ditta appaltatrice che svolge interventi, ad esempio di affissione di cartelli, ...
- esegue interventi del confort per gli Utenti
- riconsegna agli assegnatari carrozzine e lettighe lasciate fuori posto dagli Utenti
- attiva l'Ufficio Manutenzione per la riparazione dei letti di riserva, convogliandoli nello specifico locale
- riconsegna agli assegnatari letti delle degenze su chiamata dei Reparti o trovati fuori posto

10 integrazione con l'Ufficio cartelle cliniche.

L'Ufficio Logistica:

* collabora con i preposti alla preparazione delle copie urgenti di documentazione clinica

* ritira la documentazione clinica con le seguenti modalità, definite dal Direttore Amministrativo di PO

* consegna della documentazione clinica all'addetto dell'Archivio Sanitario

11 affissioni

L'Ufficio Logistica:

- controlla che le affissioni avvengano negli spazi consentiti e definiti dalla Direzione di Presidio.
- esegue interventi di affissione (es: inerenti il divieto di fumo, convegni, aggiornamenti, ..)
- esegue interventi di rimozione dei cartelli o fogli informativi con date scadute, di privati non autorizzati dalla DSPO o su indicazione del preposto

- segnala il mancato rispetto degli spazi di affissione alla Direzione Amministrativa di Presidio

12 trasporto interno di prelievi urgenti

L'Ufficio Logistica:

un operatore è attivo dalle 9.00 alle 20.00 dei giorni feriali e dalle ore 8.00 alle ore 20.00 la domenica per la

- consegna prelievi e risposte urgenti, ritiro e riconsegna sacche di sangue e materiali e referti dall'Anatomia Patologica.

13 trasporto di materiali per e dalla centrale di sterilizzazione

L'Ufficio Logistica:

ritira i materiali da sterilizzare dai Reparti e Servizi secondo un calendario prestabilito, consegna i materiali alla Centrale di Sterilizzazione e li riconsegna sterilizzati a Reparti e Servizi.

AZIENDA SANITARIA di FIRENZE
NUOVO OSPEDALE SAN GIOVANNI DI DIO
U.O. ASSISTENZA INFERMIERISTICA OSPEDALIERA

Area dell'Assistenza Infermieristica nelle Diagnostiche e nei Servizi
Titolo della istruzione operativa

Compiti e funzioni dell'Ufficio Logistica nel PO NSGD

Codice DSPO/IO/014

Rev. 0

Pagina 6 di 1

Presidio:

Ospedale Nuovo San Giovanni di Dio
Struttura organizzativa:

Direzione Sanitaria di Presidio

Data: 11.8.03

Responsabile Redazione

AFD M. T. Benghi

Responsabile Convalida:

Dr S. Bocci

Persona o Organismo che approva:

Dr A. Appicciafuoco

Finalità: gestire le attività di logistica interna, attribuendo funzioni al nuovo Ufficio Logistica e compiti agli operatori inseriti al suo interno e introducendo modifiche organizzative suddivise in:



PRIMA FASE

1. trasporto interno dei pazienti
2. attività Obitoriali

SECONDA FASE

3. trasporto esterno dei materiali
4. supporto alla Direzione Sanitaria di Presidio per il trasferimento di Reparti e Servizi
 - 4.1 - sorveglianza e tutela dell'immagine
 - 4.2 - integrazione con l'Ufficio Cartelle Cliniche
5. supporto all'Ufficio Infermieristico:
 - 5.1 - controllo degli spogliatoi del personale
 - 5.2 - collegamenti con Reparti e Servizi

TERZA FASE

- 6 - trasporto di prelievi urgenti per i Laboratori interni **da attivare**
- 7 - trasporto di materiali per e dalla Centrale di Sterilizzazione **da attivare**

Allegato 1. modulo di consegna della documentazione clinica all'Archivio Sanitario
Allegato 2. scheda per il contributo degli operatori al miglioramento dell'immagine

Applicabilità: i Soggetti e le Strutture coinvolte sono:

- Coordinatore dell'Ufficio Logistica
- Ausiliari dell'Ufficio Logistica
- Capocantiere e Portantini della Ditta appaltatrice dei trasporti interni
- Accoglienza, Portineria e Centralino
- DSPO PO NSGD
- Ufficio Infermieristico
- Personale Sanitario dei Reparti e Servizi
- Ufficio Manutenzione PO NSGD - per il capitolo 4.1

Fascia oraria / attività	Oggetto o modalità operative	Responsabilità: decide/controlla esegue /registra	Normativa e disposizioni applicative di riferimento
1 - TRASPORTO INTERNO PAZIENTI			
Ore 7.00	<ul style="list-style-type: none"> • controllo priorità e modalità di trasporto delle richieste inviate dai Reparti e Servizi Sanitari il giorno precedente • preparazione liste dei trasporti programmati della mattina 	Coord. Ufficio Logistica	Procedura "Trasporto interno dei pazienti"
Ore 7.30	<ul style="list-style-type: none"> • consegna delle liste attività programmate agli addetti • passaggio delle informazioni attraverso il registro di consegna 		Procedura "Trasporto interno dei pazienti"
Ore 7.30 - 20.00	<ul style="list-style-type: none"> • ricezione telefonica e via fax delle richieste di trasporto interno • indicazione della priorità delle richieste di trasporto ai portantini • comunicazione al Reparto o Servizio dell'imminente arrivo dell'addetto a prelevare il paziente • richiesta di conferma della modalità di trasporto del paziente • annotazione delle informazioni utili e di cui deve rimanere traccia sul registro di consegna 	Coord. Ufficio Logistica	Procedura sul "Trasporto interno dei pazienti"
Ore 12	<ul style="list-style-type: none"> • preparazione liste di attività del pomeriggio 	Coord. Ufficio Logistica	Procedura sul "Trasporto interno dei pazienti"
Ore 13.00	<ul style="list-style-type: none"> • consegna delle liste attività programmate agli addetti • passaggio a voce delle informazioni utili per il servizio al collega • passaggio delle informazioni attraverso il registro di consegna 		
ore 19.30	<ul style="list-style-type: none"> • annotazione delle informazioni utili e di cui deve rimanere traccia sul registro di consegna. • verifica dell'attività giornaliera 	Coord. Ufficio Logistica	Procedura sul "Trasporto interno dei pazienti"
percorsi:	segnalare tempestivamente: <ul style="list-style-type: none"> • disfunzioni rilevate su ascensori, montaletti e montalettighe • ostacoli sui percorsi 	ausiliari e portantini	Procedura sul "Trasporto interno dei pazienti"
2 - ATTIVITÀ OBITORIALI			
dotazione e collocazione	barelle trasporto salme: n°3: regolabili in altezza, con telo di copertura e telino di scorrimento. Le barelle sono collocate: 1 al 5° piano - n° 1 al 4° piano - n° 1 al DEA	SePP DSPO DSPO AFD DEA	Procedura "Gestione salma PO NSGD"
chiamata	all'attivazione di trasporto salme: <ul style="list-style-type: none"> • prende le chiavi dell'Obitorio 	ausiliario	Procedura "Trasporto interno dei pazienti"
	<ul style="list-style-type: none"> • prendono la lettiga per le salme più vicina (con il telino di scorrimento posizionato sulla barella, per agevolare lo spostamento della salma in Obitorio) • insieme si recano nel Reparto in cui è avvenuto il decesso a prelevare la salma 	portantino e ausiliario insieme	Procedura sul "Trasporto interno dei pazienti"
sosta:	in Reparto il paziente deceduto sosta per il tempo minimo necessario alla esecuzione delle attività che precedono il trasporto in Obitorio	medico e infermiere Reparto	Procedura "Gestione della salma NSGD"
Movimentazione:	<ul style="list-style-type: none"> • in Reparto: <ul style="list-style-type: none"> - trasferiscono la salma sulla barella - prendono in consegna la documentazione di morte • in Obitorio - posizionano la salma sul tavolo di vestizione 	portantino e ausiliario insieme	Procedura sul "Trasporto interno dei pazienti"
iter	e informazioni ai familiari di disposizione della salma. N.B. E' vietato dare indicazioni ai fini della scelta dell'Impresa Funebre.	medico e infermiere del Reparto	Procedura "Gestione della salma nell'Ospedale NSGD"
esposizione:	nel nostro PO non c'è un locale di esposizione salme: <ul style="list-style-type: none"> - spiegare gentilmente ai familiari dei defunti che non possono accedere all'Obitorio. - evitare ai familiari di vedere la collocazione della salma e il percorso. 	ausiliari e portantini	

Organizzazione

2.2 - RILASCIO DELLA SALMA ALLE IMPRESE

vestizione:	la vestizione della salma spetta all'Impresa di onoranze funebri E' vietato prestarsi per tale attività anche se richiesta.		Procedura "Gestione della salma nell'Ospedale NSGD"
documenti di morte	in assenza dell' operatore Ufficio Logistica, li lascia in Obitorio li consegna al Tecnico Necroforo - in assenza del Tecnico Necroforo l'operatore dell'Ufficio Logistica consegna i documenti alla Segreteria della DSPO - in assenza del Tecnico Necroforo e Segreteria della DSPO: esegue fotocopia tutti i documenti per l'archiviazione.	ausiliario portantino	
registro di morte:	<ul style="list-style-type: none"> • esegue l'annotazione cronologica del nome e cognome del deceduto del Comune di destinazione della salma dell'Impresa funebre autorizzata al servizio • richiede la firma leggibile sul registro all'incaricato dell'Impresa • appone la sua firma leggibile di avvenuta consegna 	ausiliario	Procedura "Gestione della salma PO NSGD"
accesso all'Obitorio	in assenza del Tecnico Necroforo presidia l'accesso dell'Obitorio: <ul style="list-style-type: none"> • la porta dell'Obitorio è aperta e richiusa esclusivamente dal personale dipendente preposto • le Imprese effettuano il ritiro della salma entro la fascia oraria concordata • le chiavi dell'Obitorio non possono essere consegnate agli operatori delle Imprese di Onoranze Funebri, poiché non possono accedervi se non accompagnati da un dipendente addetto o delegato. • gli operatori delle Imprese di Onoranze Funebri devono essere identificabili tramite cartellino di riconoscimento che riporta il nome dell'Impresa e quello dell'operatore 	ausiliario	Procedura "Gestione della salma nell'Ospedale NSGD"

3 - TRASPORTO ESTERNO MATERIALI

arrivo merci:	l'Ufficio Logistica: <ul style="list-style-type: none"> • riceve i corrieri per merci che non transitano dai magazzini • per Reparti e Servizi che hanno indicato al fornitore l'Uff. Logistica come luogo di consegna • appone la firma sulle bolle di trasporto • consegna la merce ai destinatari (Reparti e Servizi) nel più breve tempo possibile • annota l'avvenuto recapito e la successiva distribuzione 	Coordin. Uff. Logistica ausiliario Uff. Logistica	Registro di consegna
---------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	----------------------

4- SUPPORTO ALLA DIREZIONE SANITARIA:

trasferimenti:	fornisce il supporto alla DSPO: <ul style="list-style-type: none"> • nelle operazioni di spostamento di Reparti, Servizi, ambulatori, ecc. secondo le istruzioni: • della DSPO (vedi elenco attività) • del Responsabile dell'Assistenza Infermieristica dell' Area Omogenea 	ausiliario Ufficio Logistica	Elenco attività
----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------	-----------------

4.1 - SORVEGLIANZA E TUTELA DELL'IMMAGINE:

ausili per la movimentazione degli UTENTI:	rimuove quotidianamente: <ul style="list-style-type: none"> • carrozzine lasciate fuori posto dagli Utenti (in Portineria, negli spazi comuni o nei Servizi) • e le riconsegna agli assegnatari • le lettighe fuori posto e le riconsegna agli assegnatari • i letti di riserva, convogliandoli nello specifico locale e attiva l'Ufficio Manutenzione per la riparazione • i letti delle degenze su chiamata dei Reparti o trovati fuori posto e li riconsegna agli assegnatari 	ausiliario Ufficio Logistica	
manutenzione ordinaria aree comuni	rimuove quotidianamente: <ul style="list-style-type: none"> • opuscoli promozionali o pubblicitari che continuamente vengono sparsi in tutti i locali accessibili e ogni altro materiale lasciato fuori posto controlla, annotando su apposita scheda: <ul style="list-style-type: none"> • il degrado o l'usura degli arredi ,delle porte, ecc, delle sale d'attesa, corridoi, scale, • le inefficienze o disfunzioni organizzative • la presenza di ingombranti fuori posto • ogni altra irregolarità 	ausiliario Ufficio Logistica	Scheda di controllo spazi comuni
SERVIZI IGIENICI per Utenti Aree comuni	controlla, annotando su apposita scheda: <ul style="list-style-type: none"> • il degrado o l'usura degli arredi ,delle porte, ecc, • il malfunzionamento dei servizi igienici (scarichi, luce, acqua,...) • la presenza e la funzionalità degli accessori (seggetta, scopino e portascopino, distributori sapone e asciugamani, attaccapanni, cestino, • la presenza dei materiali di consumo (carta igienica, sapone liquido, asciugamani di carta,..) • ogni altra irregolarità predispone, trasmette e registra le richieste di manutenzione e/o di riparazione riportando il Centro di prelievo 1A099: <ul style="list-style-type: none"> • all'Ufficio Manutenzione, ... • al Magazzino Economale • verifica gli interventi • annota la data di eseguito intervento segnala ai preposti: <ul style="list-style-type: none"> • le inefficienze o disfunzioni organizzative non risolte 	ausiliario Ufficio Logistica	Gli interventi di manutenzione ordinaria sono richiesti esclusivamente per le Aree Comuni, dove non è individuato il responsabile infermieristico.

Letti di scorta:	LETTI ROTTI <ul style="list-style-type: none"> • predisporre, trasmettere e registra le richieste di manutenzione e/o di riparazione all'Ufficio Manutenzione, con Centro di prelievo 1A099: • trasmette le richieste all'Ufficio Manutenzione • verifica gli interventi • annota la data di eseguito intervento segnala ai preposti: <ul style="list-style-type: none"> • le inefficienze o disfunzioni organizzative non risolte 	Le richieste di manutenzione per i letti assegnati alle degenze sono stese a cura del Caposala del reparto assegnatario.	
affissioni:	<ul style="list-style-type: none"> • controlla che le affissioni di circolari, volantini, locandine ecc. avvengano negli spazi consentiti e definiti dalla Direzione di Presidio. • esegue interventi di affissione (es: inerenti il divieto di fumo, convegni, aggiornamenti, ..) • esegue interventi di rimozione dei cartelli o fogli informativi: <ul style="list-style-type: none"> - con date scadute - di privati non autorizzati dalla DSPO - su indicazione del preposto • segnala il mancato rispetto degli spazi di affissione alla Direzione Amministrativa di Presidio 	ausiliario Ufficio Logistica	
sorveglianza	nelle ore pomeridiane e nei festivi, controlla e allontana: nelle ore del mattino, segnala al poliziotto: <ul style="list-style-type: none"> • le persone non autorizzate (all'interno del perimetro del Presidio) che contattano o chiedono firme o offrono merci o materiali informativi ad Utenti, visitatori e dipendenti • gli intrusi che si aggirano all'interno del Presidio e in particolare nel piano seminterrato • i senza fissa dimora accampati all'interno del perimetro del Presidio 	ausiliario Ufficio Logistica	

4.2 - INTEGRAZIONE UFFICIO CARTELLE CLINICHE:

Fotocopiatura:	attivato dal Referente dell'Accettazione Amministrativa con le modalità espresse dal Direttore Amministrativo di PO, collabora con i preposti: <ul style="list-style-type: none"> • alla preparazione delle copie urgenti di documentazione clinica 	ausiliario Ufficio Logistica	
ritiro della documentazione clinica:	il ritiro della documentazione clinica avviene con le seguenti modalità, definite dal Direttore Amministrativo di PO: <ul style="list-style-type: none"> • è attivato dai Reparti di degenza e Servizi, • per documentazione completa in ogni sua parte (che non necessita di integrazioni successive) • che reca la firma, datata e leggibile, del Direttore della UO che ha dimesso il paziente • è acquisito attraverso il modulo di consegna, all. 1, compilato in 3 copie (per Reparto/Archivio/Ufficio Logistica), • è riscontrato nella corrispondenza : <ul style="list-style-type: none"> - nominativa - numerica • è rilasciata la firma per ricevuta 	Direttore UO: controlla Firma AFD/IP: attiva riscontra consegna ausiliario acquisisce riscontra firma	Comunicazione del Direttore Sanitario con allegato il Modulo di consegna documentazione clinica
consegna della documentazione clinica:	la consegna, con le modalità definite Direttore Amministrativo di PO e nella fascia oraria 7.30-13.00 <ul style="list-style-type: none"> • è effettuata all'addetto dell'Archivio Sanitario • è riscontrata, attraverso il medesimo modulo di consegna, nella corrispondenza: <ul style="list-style-type: none"> - nominativa - numerica • è rilasciata la firma per ricevuta 	ausiliario riscontra consegna addetto Archivio Sanitario acquisisce riscontra firma	Comunicazione del Direttore Sanitario con allegato Modulo di consegna documentazione clinica

5 - SUPPORTO ALL'UFFICIO INFERMIERISTICO:

5.1 - controllo mensile spogliatoi

funzionalità locali	<ul style="list-style-type: none"> • illuminazione funzionante • buone condizioni porte (di accesso e dei servizi) • buone condizioni finestre • regolazione temperatura • presenza accessori (specchi, sedie, cestini,... 	ausiliario Ufficio Logistica	Scheda di controllo spogliatoi
funzionalità servizi igienici	<ul style="list-style-type: none"> • presenza accessori (seggette, porta carta igienica, distributori sapone e asciugamani, scopino e portascopino, ...) • presenza materiali di consumo (carta igienica, sapone, asciugamani, ...) • buone condizioni lavabi, docce, WC • buone condizioni rubinetterie • regolarità di erogazione e scarico acqua dai sanitari 	ausiliario Ufficio Logistica	Scheda di controllo servizi igienici
funzionalità armadietti	<ul style="list-style-type: none"> • buone condizioni cilindri, ante, • presenza chiavi • utilizzo armadietti (pieni/vuoti) • denominazione armadietti • supporto al fabbro/falegname durante le riparazioni • consegna nuove chiavi all'Ufficio Infermieristico 	ausiliario Ufficio Logistica	Scheda di controllo armadietti



Organizzazione

operazioni successive al controllo	<ul style="list-style-type: none"> stesura delle richieste di riparazione/integrazione materiali trasmissione delle richieste agli Uffici competenti annotazione delle richieste 	Coord. Uff. Logistica	Registro di consegna
	verifica degli interventi <ul style="list-style-type: none"> annotazione di eseguito intervento e data 		Registro di consegna
5.2 - COMUNICAZIONI A REPARTI E SERVIZI			
consegna circolari	è attivato: <ul style="list-style-type: none"> dall'Ufficio Infermieristico dalla Direzione di Presidio da Reparti e Servizi e secondo le modalità organizzative da essi espresse: <ul style="list-style-type: none"> esegue il numero di fotocopie indicate della circolare distribuisce il materiale consegnato a tutti i Reparti e Servizi indicati nell'elenco fornito dall'Ufficio Infermieristico o dalla Segreteria della Direzione di Presidio raccoglie delle firme leggibili dei destinatari per avvenuta consegna 	ausiliario Ufficio Logistica	Elenco firme per avvenuta consegna
Ambulanza trasporto ordinario pazienti	organizzazione della raccolta delle richieste provenienti dai Reparti per l'effettuazione di esami di pazienti: <ul style="list-style-type: none"> per altri Ospedali per altre sedi esterne 	Coord. Ufficio Logistica	
Pesatura dei rifiuti	<ul style="list-style-type: none"> all'Isola Ecologica su chiamata dell'addetto al trasporto interno rifiuti attende il camion per il carico e predispone la bilancia per la pesatura pesa 48 contenitori per volta da 60 litri, da litri 40, taniche, ecc assiste direttamente a tutte le operazioni di pesatura dei contenitori visualizza personalmente i pesi sulla bilancia posta all'interno del container trascrive tutte le pesate sullo scontrino, lo firma, mette la data e lo consegna all'autista per l'inserimento dei quantitativi sul formulario rileva in tempo reale tutte le disfunzioni riscontrate sulla bilancia, container, isola ecologica e sui contenitori non conformi compila periodicamente la scheda di controllo della pesatura dei rifiuti 	ausiliario Ufficio Logistica	

Considerazioni finali

La progressiva e costante crescita della UO di Assistenza Infermieristica Ospedaliera nel corso degli anni ha ottenuto che i compiti svolti dal vecchio Ufficio Ispettivo siano stati del tutto modificati: in alcuni casi c'è stata una casuale redistribuzione delle competenze, in altri un abbandono delle stesse. Questa nuovo assetto dei Servizi Infermieristici ha coinciso con la cancellazione in Toscana delle Direzioni Sanitarie nel periodo 1980 - 1995 e la concomitanza di questi due fattori ha causato una successiva deriva delle competenze igienico-organizzative. La ricostituzione delle Direzioni Sanitarie nel 1995 ha permesso un graduale e continuo recupero delle attività attraverso la gestione organizzativa dei Presidi Ospedalieri. Parallelamente, la diversa e positiva organizzazione del lavoro dei Servizi di Assistenza Infermieristica Ospedaliera, orientata a svolgere compiti tecnico-professionali suddivisi in Aree Omogenee di in-

tervento e in linea con le Aree Funzionali Mediche, ha lasciato scoperto il settore logistico composto da piccole incombenze che pure hanno un ruolo rilevante nella vita ospedaliera. L'organizzazione di un Ufficio Logistica a "gestione mista" (Ditta appaltatrice e operatori dipendenti), ha dato ottimi risultati assicurando la piena funzionalità dei settori di intervento coperti dall'Ufficio. Vi è piena soddisfazione da parte degli Utenti, siano essi pazienti ricoverati oppure operatori sanitari. L'amministrazione ha raggiunto lo scopo di migliorare sensibilmente la qualità del servizio ottenendo anche un risparmio economico rispetto ai costi sostenuti quando le attività venivano svolte totalmente da personale dipendente. L'attuale modello organizzativo di tipo misto garantisce un buon livello di risposta grazie alla presenza di un coordinatore dell'Ufficio capace di una efficace opera di mediazione fra il personale dipendente e il personale della Ditta appaltatrice.

Riteniamo questo un equilibrio precario e difficile da mantenere per cui, avendo possibilità di scelta, l'outsourcing completo del servizio sarebbe, a nostro avviso, la soluzione ideale. La gestione del servizio in outsourcing garantisce ottimi livelli qualitativi, per ora associati anche ad un minor costo del personale. Nella nostra realtà è giocoforza cercare di ottenere il miglior risultato possibile nella gestione di tipo misto, in quanto il personale dipendente, di età ancora giovanile, giudicato idoneo allo svolgimento del servizio dal Medico Competente, sarebbe difficilmente ricollocabile dal momento che lavorava nella squadra centralizzata dei trasporti interni da oltre 10 anni. Nel complesso consideriamo l'esperienza dell'Ufficio Logistica ampiamente positiva perché le risposte date sono di buon livello. Il servizio è suscettibile di interventi migliorativi soprattutto in riferimento all'efficienza dello stesso pur mantenendo l'attuale assetto a gestione mista.

CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA ALL'ARCHIVIO SANITARIO

ALLEGATO 1

In data odierna il Reparto Servizio _____

ha consegnato la seguente documentazione clinica completa

	n° documentazione clinica	Cognome e Nome del paziente	radiografie	
			SI	NO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Data _____

La Caposala del Reparto/Servizio _____

Data _____

L'ausiliario dell'Ufficio Logistica

Data _____

L'addetto dell'Archivio Sanitario _____

CONTRIBUTO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'IMMAGINE

ALLEGATO 2

Data _____

A: Direttore Sanitario del PO NSGD
Dr. A. Appicciafuoco

In data odierna è stato rilevato il seguente problema:

per il quale vorrei sottoporLe il seguente suggerimento:

Lieto di poter contribuire al miglioramento dell'immagine del nostro Ospedale, Le porgo cordiali saluti,

Reparto/Servizio _____

Firma leggibile:

Disinfezione delle superfici a rischio



 **mondial**
Concrete answers to real problems.

37030 Lione - Padova - Via Don Zucchi 3
Tel. 049 748732 Fax 049 748487
info@mondialprod.it www.mondialprod.it



Camera di Commercio
di Padova e Provincia



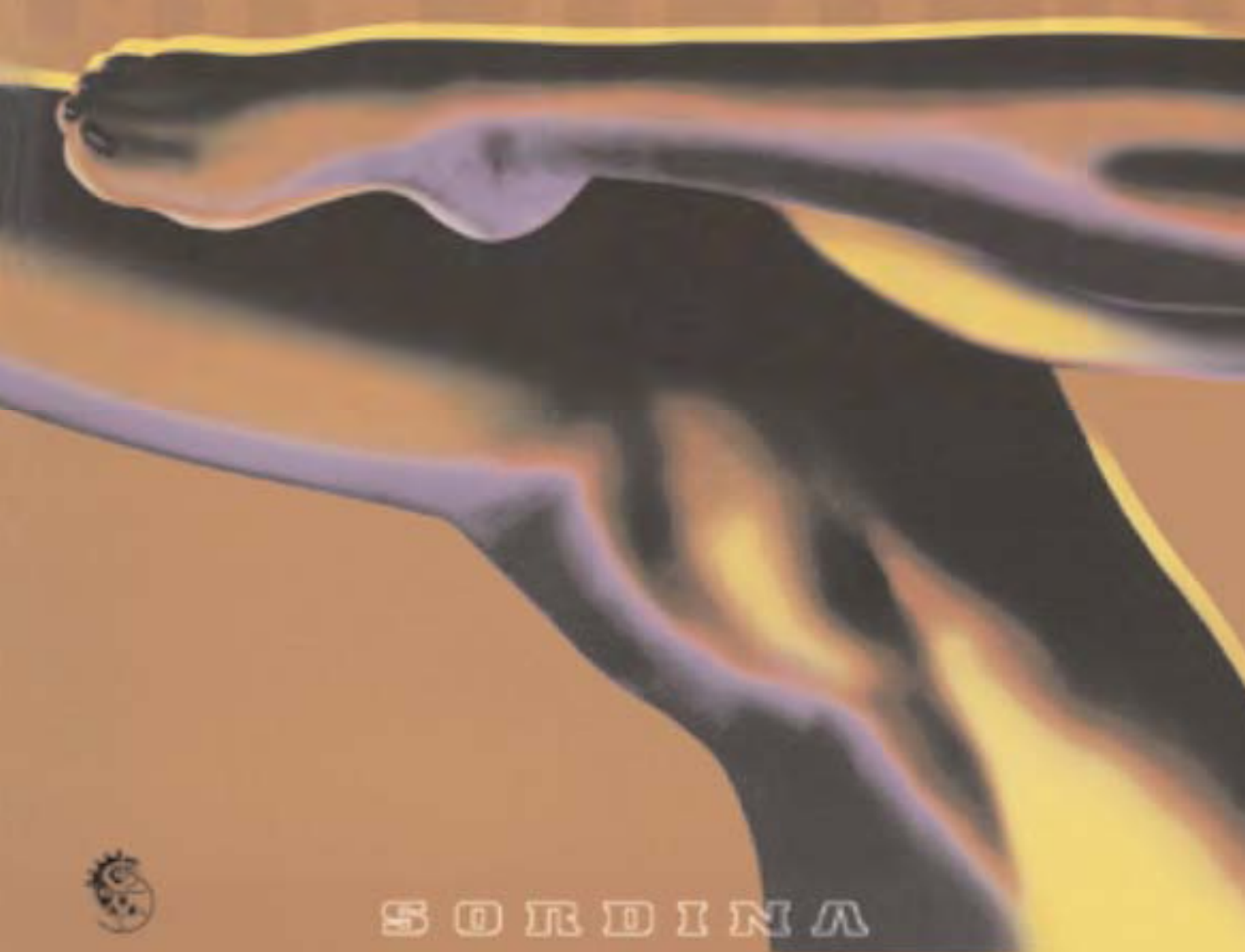
ELEVAZIONE

Da un'altezza minima di 70 cm a una massima di 115 cm, il piano chirurgico è sempre comodo e all'altezza desiderata, sia in posizione distesa sia piegata.

Due serie a cassetto MT System a disposizione della chirurgia moderna: MC 6 e MC 8. Sono piani chirurgici di movimento laterale e rotazione in sezione sagittale e coronaria, creati per poterli trasformare e adattare con estrema facilità e rapidità alle esigenze specifiche della tecnica chirurgica più evoluta.

Monte Sordina S.p.A.
Via E. Mattei, 1
00187 Roma (RM) Italia
Tel. +39 067 2796111
Fax +39 067 2796177

E-mail: info@montesordina.com
www.montesordina.com



S O R D I N A

Sperimentazione di impiego e valutazione comparativa nell'utilizzo in sala operatoria di tessuti tecnici riutilizzabili rispetto ai tessuti tradizionali

Riassunto

La scelta di abolire l'utilizzo del cotone in Sala Operatoria e la necessità di standardizzare l'attività chirurgica, elevandone la qualità e ottimizzandone i costi, ha indotto a prendere in considerazione diverse alternative tra TNT monouso, Tessuti tradizionali (con cotone) e Tessuti Tecnici Riutilizzabili (TTR) attraverso una sperimentazione che ha visto partecipare il Blocco Operatorio Ortopedico ed il Blocco Operatorio polispecialistico (Oculistica, Ginecologia Ostetricia, Chirurgia Generale) del Presidio Ospedaliero di Castiglione delle Stiviere e Volta Mantovana, afferenti all'Azienda Ospedaliera "Carlo Poma" di Mantova, in diverse fasi nel periodo di tempo che va dal 2001 al 2003. Lo studio ha dimostrato che nella realtà presa in esame vi è stata una riduzione dei consumi di materiale sterile del 50%, una riduzione di costi con il TTR rispetto al tessuto monouso pari al 36% nel blocco operatorio ortopedico e al 22% nel blocco operatorio polispecialistico oltre che all'ottimizzazione nella preparazione del campo operatorio.

Summary

The choice to abolish the utilization of the cotton in the operating room and the necessity to standardize the surgical activity, raising the quality and optimizing the costs, has induced taking in consideration different alternatives among disposable TNT, traditional materials (with cotton) and High tech Textils reused (TTR) across experimentation that has seen to take part Orthopedic operating theatre block and polispecialistic operating theatre block (oculistics, gynaecology obstetrics, general surgery) some the Hospitals of Castiglione of Stiviere and Volta Mantovana, afferent to Azienda Ospedaliera "Carlo Poma" in Mantua, in different phases in the period of time that goes in 2001 to 2003. The study has shown that in the busy reality under examination one has been you a reduction of consumption of sterile material of the 50%, a costs reduction with TTR respect to the textile disposable equal to the 36% in the orthopedic operating theatre block and to the 22% in the polispecialistic operating theatre block besides to the optimization in the preparation of the operating field.

Enrico Burato, Alberto Rigo, Graziella Borsatti, Simonetta Bettelini, Pier Vincenzo Storti, °Rolando Sancassani, °Eleonora Palvarini, ^Mauro Favaro, *Marco Squassina.

Direzione Sanitaria Aziendale - ° U.O. Ortopedia e Traumatologia P.O. Castiglione delle Stiviere -
^ Blocco Operatorio P.O. Castiglione delle Stiviere
Azienda Ospedaliera "Carlo Poma" di Mantova
* Padana Everest S.p.A. Travagliato BS.

INTRODUZIONE

La norma EN 13795-1 del CEN prevede che i tessuti utilizzati in sala operatoria durante l'attività chirurgica devono ridurre al minimo la diffusione degli agenti infettanti dall'equipe operatoria al paziente e viceversa oltretutto prevenire le infezioni post-operatorie delle ferite chirurgiche. Detti tessuti devono, inoltre, possedere la caratteristica di resistenza alla penetrazione di liquidi al fine di ridurre al minimo il rischio di infezioni provocate dalla contaminazione di agenti infettanti per mezzo del passaggio di sangue o liquidi organici attraverso gli stessi.

In prospettiva dunque dei futuri cambiamenti la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero di Volta Mantovana/Castiglione delle Stiviere, dell'Azienda Ospedaliera "Carlo Poma" di Mantova, decise in un periodo di tempo compreso tra il 2001 ed il 2003 di valutare la possibilità di sperimentare l'utilizzo, nell'attività chirurgica, di tessuti riutilizzabili alternativi al cotone. Relativamente al percorso effettuato si possono riassumere, brevemente, i passaggi che si sono affrontati come di seguito descritti.

OBIETTIVI E FINALITÀ

La scelta di abolire l'utilizzo del cotone in Sala Operatoria e la necessità di standardizzare l'attività chirurgica, elevandone la qualità e ottimizzandone i costi, ha indotto a prendere in considerazione diverse alternative tra TNT, Tessuti

**PAROLE CHIAVE:**

Tessuti tecnici riutilizzabili, ottimizzazione del campo operatorio, eliminazione del cotone, contenimento dei costi.

KEY WORDS:

High tech Textils riused (TTR), optimization in the preparation of the operating fielt.

tradizionali in cotone e Tessuti Tecnici Riutilizzabili (TTR).

I tessuti impiegati in Sala Operatoria, infatti, devono garantire la protezione degli operatori e dei pazienti: a tale proposito sono stati distinti gli interventi in funzione "alla probabilità di verificarsi dell'evento dannoso".

Le principali variabili che possono influire sulla probabilità di "incidente" sono le seguenti: durata, invasività, quantità di liquidi. Effettuata questa distinzione sono stati classificati in "interventi a basso/medio rischio" ed "interventi ad alto rischio" e, in relazione al rischio sono stati associati tessuti con differenti caratteristiche fisiche, in particolare:

rischio	tessuto	caratteristiche
Interventi a basso/medio rischio	microfibra idrorepellente	UNI EN 20811 \geq 60 mbar
Interventi ad alto rischio	trilaminato	UNI EN 20811 $>$ 200 mbar

I tessuti utilizzati devono possedere, inoltre, le seguenti proprietà:

- Bassa perdita particellare,
- Elevato comfort,
- Adattabilità alle diverse tipologie di intervento chirurgico.

Il protocollo adottato deve assicurare:

- Praticità di utilizzo,
- Contenimento dei consumi/costi,
- Standardizzazione degli articoli impiegati,
- * Ottimizzazione della combinazione dei tessuti

METODI

La sperimentazione è stata effet-

tuata seguendo queste fasi:

1- Rilevazione delle esigenze mediante la rilevazione in Sala Operatoria di:

- articoli impiegati,
- loro dimensione,
- modalità di piegatura e di assemblaggio in set.

2- Standardizzazione degli articoli e parcellizzazione dei set tramite la:

- resa uniforme delle dimensioni e dei modelli utilizzati nell'ambito dei diversi interventi operatori;
- identificazione di set "minimi" assemblabili diversamente nei vari interventi chirurgici.

3- Realizzazione di un protocollo mediante la mappatura dei set "minimi" nella composizione di "Kit dedicati" per intervento chirurgico.

4 - Sperimentazione dei tessuti mediante:

- l'impiego di nuovi tessuti tecnici riutilizzabili e eliminazione completa del cotone per un periodo di 4 settimane nel blocco operatorio polispecialistico (totale interventi esaminati 211) e nel blocco operatorio ortopedico (totale interventi esaminati 188).

TIPO E NUMERO INTERVENTI CHIRURGICI DURANTE LA SPERIMENTAZIONE NEL BLOCCO OPERATORIO POLISPECIALISTICO
 N° 90 interventi di Oculistica
 N° 64 interventi Ginecologia Osteotricia
 N° 57 interventi di Chirurgia Generale
 Totale: 211.

TIPO E NUMERO INTERVENTI CHIRURGICI DURANTE LA SPERIMENTAZIONE NEL BLOCCO OPERATORIO ORTOPEDICO

N° 7 protesi anca
 N° 7 interventi al femore
 N° 65 artroscopie ginocchio
 N° 12 interventi gamba
 N° 36 interventi piede
 N° 22 interventi spalla
 N° 6 interventi gomito
 N° 33 interventi mano
 Totale : 188

- La somministrazione di questionari agli operatori per valutare l'efficacia/efficienza oltreché il comfort rispetto all'impiego di camici barriera e rispetto alla preparazione del campo.

5 - Rilevazione dei costi tramite l'analisi dei costi per intervento chirurgico effettuato in TNT, Tessuti tradizionali e Tessuti Tecnici Riutilizzabili (TTR) con gestione interna vs. outsourcing.

Le voci interessate all'analisi dei costi sono state le seguenti:

- Costo unitario per intervento in TNT: il dato è stato ottenuto dividendo la valorizzazione del magazzino di articoli monouso dell'anno interessato per il numero di interventi chirurgici effettuati nello stesso anno
- Manodopera: considerando il costo degli operatori per le ore impiegate nelle attività di sala operatoria e di sterilizzazione teleria
- Costo smaltimento dei Rifiuti sanitari: considerando il costo per Kg. di rifiuto pericoloso a rischio infettivo prodotto durante la sperimentazione a confronto con quello prodotto durante l'esclusivo utilizzo del TNT e quello prodotto durante l'attività ordinaria (TNT assieme ai tessuti tradizionali con cotone)
- Tela residua per intervento chirurgico
- Corrispettivo per intervento chirurgico (per il servizio di lavano)
- Costo al Kg per teleria sterile

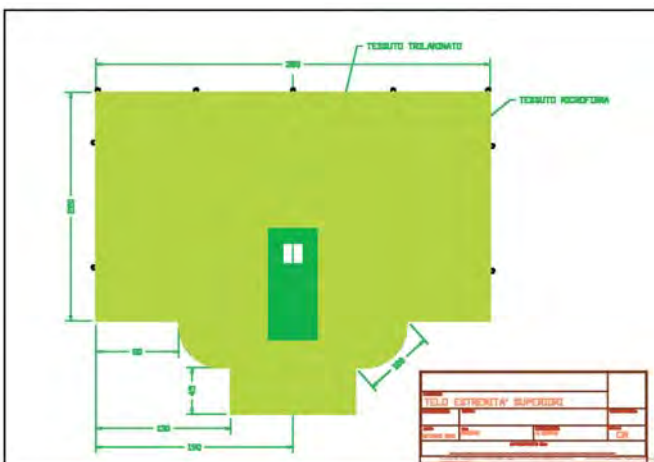
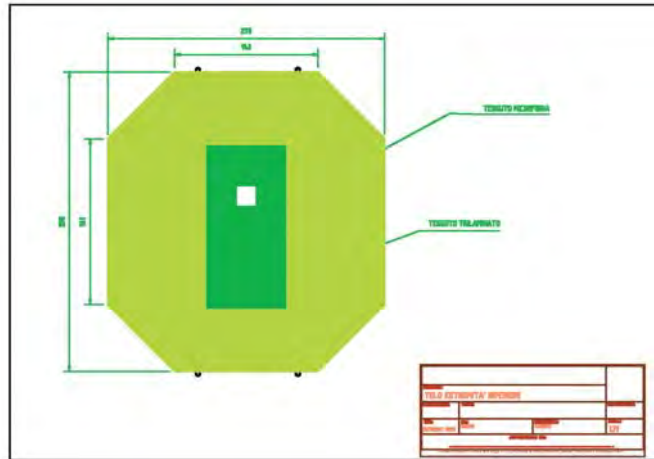
- Costo acquisto set TNT
- Utenze: valutando i costi nell'utilizzo del vapore saturo, dell'energia elettrica e nel costo di manutenzione
- Materiali per la sterilizzazione

Il servizio di fornitura di set sterili è stato terziarizzato a ditta esterna, Padana Everest s.p.a., che ha collaborato nella realizzazione delle fasi sopra descritte.

RISULTATI

Durante la sperimentazione sono stati forniti set con tessuti barriera (microfibra e trilaminato) con i seguenti effetti positivi:

- ➔ Riduzione di almeno il 50% circa dei consumi di prodotto sterile in termini di Kg. sia per intervento ortopedico sia per intervento polispecialistico, stimati mediamente per il cotone in 10 Kg. circa.
- ➔ Protezione degli operatori e del paziente da rischio di contaminazioni per il passaggio di liquidi biologici. Non sono, comunque, stati rilevati casi di infortunio a rischio biologico o meccanico durante il periodo di sperimentazione, sebbene risulti difficile evidenziare significatività epidemiologica, data la brevità del periodo di osservazione.
- ➔ Ottimizzazione della predisposizione del campo operatorio con risparmio di tempo di circa 1,5 minuti per intervento chirurgico ortopedico per Sala Operatoria e di circa 2 minuti per intervento chirurgico polispecialistico e per sala operatoria.
- ➔ Realizzazione di due teli chirurgici (arti inferiori - arti superiori) che consentono di allestire il campo operatorio nell'80% dell'attività chirurgica ortopedica.
- ➔ Trasferimento al fornitore del servizio in outsourcing della respon-



Disegno dei teli chirurgici disegnati nella sperimentazione.

sabilità del fabbricante per la produzione di "Dispositivi Medici" secondo la Direttiva 93/42/EEC.

- ➔ Riduzione dei costi per intervento chirurgico impiegando tessuti barriera riutilizzabili piuttosto che TNT e minor impatto ambientale.

CONCLUSIONI

Dalla sperimentazione è emerso che l'intervento chirurgico realizzato in Tessuto barriera riutilizzabile consente, nella situazione presa in esame, un risparmio di circa il 36% nel blocco ortopedico e del 22% nel blocco operatorio polispecialistico sul costo dello stesso intervento effettuato con articoli monouso.

I costi relativi agli impianti/struttura sono stati considerati ipotizzando che tutte le strutture utiliz-

zate siano a norma.

È importante, dunque, sottolineare che in caso contrario sono da aggiungere, di volta in volta, costi addizionali necessari per:

- Adeguare le strutture agli standards vigenti.
- Adeguare i macchinari agli standards vigenti:
- Accettare in servizio i macchinari.
- Validare i processi.
- Validare i prodotti.
- Definire i protocolli.
- Formare il personale.

Si pone, inoltre, in evidenza che le risorse che si liberano dalla terziarizzazione dell'attività di sterilizzazione possono essere proficuamente utilizzate in altri reparti/servizi.

È necessario, oltre a ciò, valutare attentamente "l'avversione al ri-

PIANIFICAZIONE KIT BLOCCO OPERATORIO ORTOPEDICO	Protesi anca Endoprotesi - Reimpianto anca - Chirurgia femore (1)	Chirurgia gomito e avambraccio - Chirurgia spalla e omero (2)	Frattura ginocchio -C. Baker - Rimozione mezzi di sintesi - Legamenti crociati - Protesi ginocchio Artroscopia (3)	Chirurgia mano, polso e piede (4)
1 Camice in microfibra verde avvolgente tg. L 1 Telino in cotone verde cm 50x50	A A A A			
1 Sacco microfibra verde cm 80x160 1 Telo trilaminato verde cm 70x120 1 Telo microfibra verde cm 160x120 1 Telo trilaminato verde cm 70x120 1 Telino cotone verde cm 50x50	B			
1 Sacco microfibra verde cm 80x160 1 Telo trilaminato verde cm 70x120	C C C C			
2 Camici trilaminato/microfibra verde avvolgente tg. XL 2 Telini cotone verde cm 50x50	D D D D			
1 Camice trilaminato/microfibra verde tg. XL 1 Telino in cotone verde cm 50x50	E E E E			
1 Telino cotone verde cm 50x50 1 Telo microfibra verde cm 160x220 ins. trilaminato cm 70x100 al centro del lato da cm 160 c. biadesivo Gambali microfibra verde cm 35x120 1 Telo microfibra verde cm 220x260 ins. trilaminato cm 70x150 al centro del lato da cm 220 c/t ad "U" 1 Telo microfibra verde cm 180x240 ins. trilaminato cm 70x50 al centro lato da cm 240 c/biadesivo e asole 1 Op tape	F			
1 Telino cotone verde cm 50x50 1 Telo microfibra cm 160x220 inserto trilaminato cm 70x100 al centro del lato da cm 160 c. biadesivo 1 Telo microfibra verde cm 220x260 ins. trilaminato cm 70x150 al centro del lato da cm 220 c/t ad "U" 1 Telo microfibra verde cm 180x240 inserto trilaminato cm 70x50 al centro lato da cm 240 c/biadesivo e asole	G			
1 Telino cotone verde cm 50x50 1 Gambale microfibra azzurro cm 35x120 1 Telo microfibra verde cm 240x320 inserto trilaminato cm 70x100 al centro c/foro cm 20x20 con inserto in lattice Ø 5 cm 1 Op tape	H			
1 Sacca raccogli liquidi monouso				
1 Telo microfibra cm 70x120 c/biadesivo sul lato da cm 120	K			
1 Telino cotone verde cm 50x50 1 Telo microfibra cm 160x220 inserto trilaminato cm 70x100 al centro del lato da cm 160 c. biadesivo 1 Telo microfibra verde cm 180x240 inserto trilaminato cm 70x50 al centro lato da cm 240 c/biadesivo e asole	M			
1 Sacca raccogli liquidi monouso per artroscopia	N			
1 Telo microfibra verde cm 160x150 biadesivo	O O			



**Caso Karrel:
ma i visto
nulla
di simile..**

Karrel
Via G. M. Ferraris 101, 16
00198 Cassino (FR) - Italia - Tel. 0775 31111
Fax 0775 31111 - Sp. 0775 31111
www.karrel.it - karrel@karrel.it

schio” dell’Ente relativamente alla responsabilità del fabbricante, sancita dalla Direttiva 93/42/EEC, per la produzione di “Dispositivi Medici”. Infatti terziarizzando il servizio la responsabilità è dell’azienda che svolge il service.

Appare difficile stabilire una diminuzione della casistica di infortuni in un lasso di tempo così breve. Non sono, comunque, stati rilevati casi di infortunio a rischio biologico o meccanico durante il periodo di sperimentazione.

Gli operatori hanno notato che la preparazione del campo operatorio appariva notevolmente più agevole nella sperimentazione rispetto al cotone.

Questo ha consentito di verificare un risparmio di tempo nella preparazione del campo e soprattutto consente di evitare che si contaminino il campo stesso per effetto delle numerose manovre che il cotone richiede.

E’ utile evidenziare, infine, e gli operatori addetti alla sanificazione della sala lo hanno confermato, (sebbene sia stato impossibile determinare la contaminazione particellare durante la sperimentazione) come diminuisca notevolmente il particolato durante l’uso dei tessuti barriera rispetto all’impiego di cotone, sia per la natura del capo che per la minore manipolazione dei teli.

Infine, agli utilizzatori del “Sistema” è stata richiesta la compilazione di alcuni questionari per verificarne l’efficacia/efficienza oltreché il comfort dei camici, i risultati possono essere di seguito così riassunti.

Il 75% degli operatori che hanno utilizzato i camici barriera realizzati in trilaminato hanno valutato in modo più che soddisfacente (ottimo) le caratteristiche di vestibilità e peso del capo.

La traspirabilità del camice e le caratteristiche innovative di confezionamento, progettate per l’utilizzo in sala operatoria, sono state giudicate soddisfacenti (buono) da tutti gli operatori. Il comfort del capo è stato giudicato ottimo per il

50% degli addetti e buono da restante 50%.

Per il complesso delle sue caratteristiche il camice è stato giudicato ottimo per il 36,5% degli intervistati e buono per il rimanente 54,5%.

BIBLIOGRAFIA

EN 13795 - 1 Camici, teli e divise per camera operatoria, usati come dispositivi medici, per i pazienti, per il personale medico, e per le attrezzature. Parte 1 : requisiti generali per i produttori, per coloro che effettuano il condizionamento e per i produttori.

Werner H. - P. Feltgen M.: Quality of surgical drape and gown materials. HygMed 1998; 23, suppl.1.

Feltgen M., Schmitt O., Werner H-P.: The human being in the spotlight. Surgical drapes and surgical gowns are medical devices. HygMed 2000; 25, suppl.2.

Feltgen M., Schmitt O., Werner H-P.: Quality of Surgical drapes and gowns. HygMed 2001; 26, 62-75.

Feltgen M., Schmitt O., Werner H-P.: Characterization of single-use surgical drapes and surgical gowns using the hydrostatic pressure test as per EN 20811. HygMed 2003; 28 (11), 431-435.

E.T.S.A: European Textile Service Association: Reusable surgical gowns - Options for reduced impact on the environment. Brussels 2001.

Direttiva Europea sui dispositivi medici 93/42/EEC.

D.P.R. 254 del 15/07/2003 “Regolamento recante la disciplina dei rifiuti sanitari”.



PADANA EVEREST

detergenza tessile



Noleggio Biancheria

Noleggio Abiti Sanitari

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

**Gestione Guardaroba-Raccolta
e distribuzione biancheria**

Disinfezione

Sterilizzazione

Noleggio materassi e guanciali



Ospedale Tecnologico

Riassunto

Il presente lavoro si propone di analizzare e mettere in evidenza i cambiamenti di carattere organizzativo e strutturale relativi alla progettazione e realizzazione di nuove strutture, nonché allo svolgimento dell'attività ospedaliera. L'ospedale del futuro dovrà soddisfare le seguenti caratteristiche: bellezza, intelligenza, tecnologia, flessibilità, economicità, competitività, esternalizzazione ed integrazione; solo il soddisfacimento di tali requisiti consentirà la realizzazione di ospedali "umani" ed efficienti. Nell'ambito del contesto descritto, la tecnologia riveste un ruolo primario per la gestione e per l'organizzazione dell'ospedale. Nell'esperienza del progetto di ampliamento ed ammodernamento dell'Istituto Policlinico San Donato verranno di seguito, a titolo esemplificativo, evidenziate le aree ad alto contenuto tecnologico nelle quali, in particolare:

- * la tecnologia al servizio della logistica
- * la tecnologia al servizio dell'attività assistenziale
- * i sistemi operativi ad alto contenuto tecnologico

fornendo dati sul dimensionamento delle componenti tecnologiche rispetto all'insieme della struttura ospedaliera.

Alla luce di quanto sopra, possiamo ritenere che la perfetta funzionalità ed organizzazione di tali aree sia un requisito fondamentale per la gestione della struttura ospedaliera; gestione che avverrà non più per funzioni ma per processi.

Summary

We hereby intend analyze and to bring out the organizational and structural changes in relation to the planning and realization of new structures, together with the development of the hospital activity.

The "hospital of the future" will have to comply with the following characteristics: beauty, intelligence, technology, flexibility, economization, competitiveness, outsourcing and integration; only through the satisfaction of the above mentioned requirements it will be possible to realize "human and efficient hospitals". Within the described context, technology plays a primary role for the hospital's management and organization. In relation top the above and in the light of our recent experience of widening and modernization of the Istituto Policlinico San Donato, we goes trough underlining the high-technology contents areas, with particular reference to those in which:

- * technology support logistics*
- * technology support assistance*
- * operating systems are equipped with high-technology contents by giving dates referred to the technologies element's size in the hospital.*

In the light of the foregoing, we can argue that the perfect functionality and organization of such areas is a basic requirement for the management of the hospital, following which such management will be not more by functions but by processes.

1. INTRODUZIONE

La situazione in cui versano in Italia le strutture ospedaliere ed il loro sistema organizzativo non favorisce, oggi, una gestione dei servizi sanitari che possa definirsi innovativa, efficace ed efficiente, e costituisce un ostacolo all'obiettivo di garantire quella alta qualità delle cure indispensabile al fine di soddisfare un'attesa di salute più complessa, diversificata e consapevole.

A tal proposito, va preliminarmente osservato che il 28% dei 1066 ospedali italiani è stato costruito prima del 1900, mentre un altro 29% dal 1900 al 1940 (4). Se ne deduce che più della metà hanno superato i 60 anni di età. Un patrimonio il nostro, dunque, certamente non adeguato alle attuali attese di sicurezza, comfort e affidabilità. Una "modernizzazione" delle strutture ospedaliere è, di conseguenza, una necessità cui il nostro sistema sanitario dovrà necessariamente far fronte, e parte integrante di tale modernizzazione è costituita dall'implementazione di tecnologia. D'altro canto, l'ospedale tecnologico potrebbe essere vissuto, da parte dell'utente, come eccessivamente complesso e difficilmente comprensibile, risultando così ostile e disumano. Nel pensare ai nuovi ospedali occorre dunque conciliare l'aspetto tecnologico proprio di una "macchina", che può apparire ostile e impietosa, con aspetti, quali la dimensione umana, la fiducia, l'accoglienza, la cura, il rasserenamento, tipici di quella che possiamo definire "umanizzazione" (4). A tale scopo, è necessaria una revisione totale dell'approccio alla progettazione delle strutture: tutto deve essere indirizzato al soddisfacimento delle necessità del singolo cittadino malato e della comunità che lo accoglie, armonizzando tale indirizzo con le necessità di rispondere alle richieste dei medici, infermieri, dirigenti, gestori.

V. Raffone* O. Caporale** G. Pelissero*°

* Istituto Policlinico San Donato

** Università degli studi di Napoli Federico II

° Università degli studi di Pavia

**PAROLE CHIAVE:**

Tecnologia, organizzazione ospedaliera, progettazione ospedaliera

KEY WORDS:

Technology, Hospital Organization, Hospital Planning

2. EFFETTI DELLA TECNOLOGIA NELLA MEDICINA

L'efficacia e i successi dell'introduzione di tecnologie sempre più avanzate sono sotto gli occhi di tutti e non necessitano in questa sede un particolare approfondimento.

Può essere però di un qualche interesse esaminare alcuni effetti del diffondersi della tecnologia in medicina, che a titolo esemplificativo possono così essere riassunti:

a) Il rafforzamento di una medicina specialistica.

La specializzazione della medicina e' il segno tangibile del progredire delle conoscenze scientifiche e del contemporaneo apparire di strumenti diagnostici e terapeutici derivati dall'applicazione scientifica. Essa, oltre agli ovvi ed enormi vantaggi per la salute e per la vita dell'uomo, presenta dei rischi, alcuni dei quali possono essere individuati nello scollamento tra assistenza e terapia e nella crescente difficoltà di comunicazione all'interno della stessa classe medica.

b) **Efficienza.** La tecnologia con i suoi elevati costi introduce all'interno delle aziende ospedaliere le leggi e le regole proprie delle economie di scala ponendo il problema del raggiungimento di adeguati livelli di efficienza in un sistema di risorse limitate.

c) **La modificazione dei processi di diagnosi e cura che si traduce in:** forte riduzione della durata dei ricoveri; tendenza a ricorrere a forme di ospedalizzazione breve; passaggio al trattamento ambulatoriale di patologie tradizionalmente affrontate in regime di ricovero; crescente separazione organizzativa fra struttura ospedaliera per acuti e struttura di tipo riabilitativo.

L'esigenza di armonizzare tecnologia e umanizzazione rappresenta dunque

uno dei più potenti fattori di ripensamento della struttura complessiva dell'ospedale.

3. NUOVI OSPEDALI TECNOLOGICI

La soluzione di tale quesito può ritrovarsi in una concezione della progettualità ospedaliera complessa, articolata e innovativa, che G. Rotelli (1) riconduce ad una serie di requisiti basilari rappresentati da: "bellezza", "intelligenza", "tecnologia", "flessibilità", "economicità", "competitività", "esternalizzazione", "integrazione", "appropriatezza", "sicurezza", "ricerca" e "formazione".

Nel complesso di tali requisiti, quelli che più interessano il rapporto con la tecnologia sono tre:

- Un nuovo ospedale deve essere "bello" affinché il paziente che ne viene in contatto non abbia più la sensazione di entrare in un luogo di sofferenza ma trovi, già nel layout ospedaliero, conforto e calore.
- Deve, inoltre, essere "intelligente" dal punto di vista logistico-funzionale.
- La tecnologia deve avere un ruolo primario all'interno della nuova strut-

tura rivolto ad assicurare efficienza ed efficacia.

Alla luce di quanto finora detto si può facilmente evincere quanto la tecnologia rappresenti una delle componenti preponderanti nella realizzazione e/o ammodernamento di una struttura ospedaliera.

Per un approccio razionale occorre però considerare che le aree tecnologiche all'interno di una struttura ospedaliera si articolano in tre componenti:

- quelle in cui la tecnologia è al servizio della logistica (i.e. magazzino farmaceutico, trasporto interno pazienti);
- quelle in cui la tecnologia è al servizio dell'attività assistenziale (i.e. sala operatoria, terapia intensiva coronarica, terapia intensiva post-operatoria, rianimazione, centro unico di prenotazione);
- quelle in cui i sistemi operativi sono ad alto contenuto tecnologico (i.e. Diagnostica per Immagini, Radioterapia, Elettrofisiologia, Endoscopia, Laboratorio Analisi).

4. UN ESEMPIO DI OSPEDALE TECNOLOGICO

Nell'esperienza di progettazione del nuovo ISTITUTO POLICLINICO SAN DONATO, a conferma di quanto detto sopra, le aree ad alto contenuto tecnologico hanno avuto un grosso impatto sull'intero progetto. Prima di evidenziare nello specifico le singole aree tecnologiche è, però, opportuno fornire una sintesi sulle caratteristiche ge-

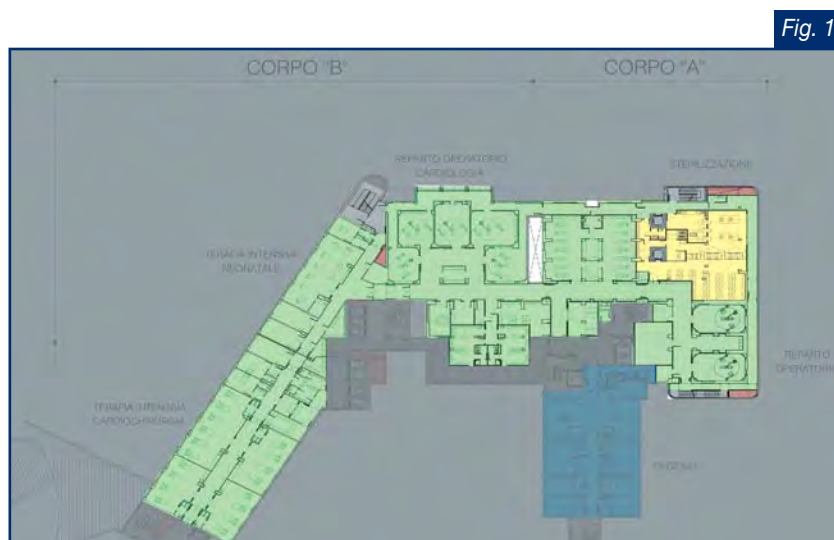


Fig. 1

Tecnologia

nerali dell'ospedale. Al termine dei lavori, l'ISTITUTO POLICLINICO SAN DONATO, sarà dotato di:

• una superficie di 37.000 metri quadri;

- 7 piani;
- 5 ascensori;
- 7 montalettighe;
- 5 montacarichi;



Fig. 2

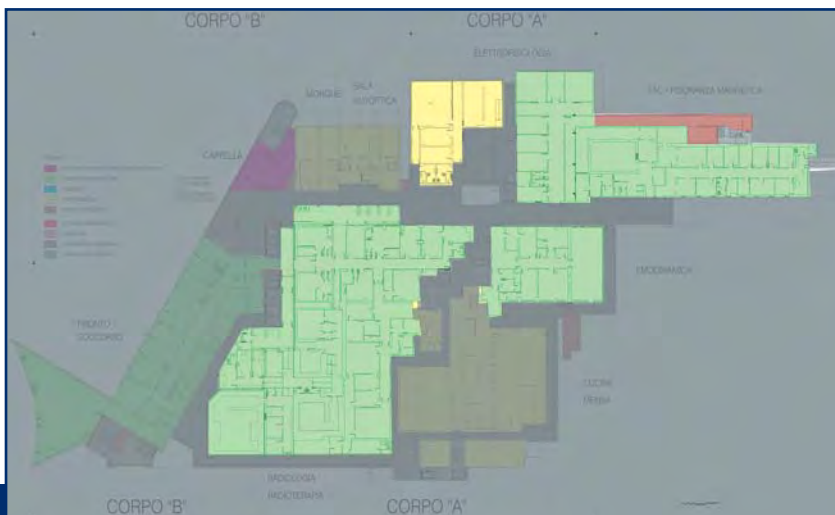


Fig. 3



Fig. 4

a fronte di un numero totale di 435 posti letto.

Dal punto di vista logistico-progettuale la nuova struttura per la parte di ricovero risponde, pur con qualche aggiustamento legato a vincoli territoriali ed ambientali, al modello dell'ospedale ad "H", edificato sopra una piastra a due piani, dedicata essenzialmente ai servizi. Fig.1. Per quanto concerne, invece, la tecnologia che sarà presente all'interno della struttura questa può essere analizzata ed elencata attraverso l'esame della presenza della stessa all'interno dei vari piani dell'edificio. Partendo, quindi, dal piano dedicato ai servizi, elenchiamo di seguito le apparecchiature che ivi saranno insediate:

- 4 sale di diagnostica radiologica;
 - 2 acceleratori lineari per la radioterapia;
 - 2 sale di elettrofisiologia;
 - 3 sale per l'angiografia cardiovascolare;
 - 1 studio diagnostico MOC;
 - 2 sale di diagnostica TC;
 - 1 sala di diagnostica RM;
 - 2 sale diagnostiche mammografiche;
 - 4 studi ecografici
- a questi si affiancheranno, al piano superiore:
- 2 sale dedicate all'EGC da sforzo;
 - 6 sale di ecocardiografia;

- 2 studi per la diagnostica Holter come rappresentato in figura 2.

Al primo piano, dedicato essenzialmente alla chirurgia cradio-vascolare, saranno attive 7 sale operatorie, dotate di un numero di metri quadri sufficienti ad ospitare eventuali apparecchiature robotizzate per la gestione di interventi in remoto. L'attività di questo blocco operatorio è supportata da 28 posti letto di terapia intensiva (dei quali 8 dedicati alla terapia intensiva neonatale); in questa piastra sarà altresì instaurata la centrale di sterilizzazione che servirà l'intera struttura.

Al secondo piano, invece, saranno insediati 6 posti letto di terapia intensiva e rianimazione destinati ad affiancare l'attività del DEA (Dipartimento di emergenza urgenza e accettazione) presente all'interno dell'istituto, oltre al secondo blocco operatorio polispecialistico (Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia Plastica, Chirurgia Generale, Urologia, Chirurgia Vascolare), costituito complessivamente da 5 sale operatorie. (fig.3e4).

Dalla pianta del progetto come sopra descritto, risulta che il totale dei metri quadri dedicati alle aree ad altissimo contenuto tecnologico ammontano a 10.750, su una superficie totale di 32.800 dedicata all'assistenza e pari, quindi, al 33% del totale.

5. CONCLUSIONI

Alla luce di quanto finora esposto si può affermare che un ospedale che voglia essere moderno ed efficiente debba al contempo essere necessariamente "tecnologico". Nella nostra esperienza, il dimensionamento della struttura deve prevedere una presenza di aree ad altissimo contenuto tecnologico nella misura di un terzo dell'intero complesso ospedaliero. In questo senso la perfetta funzionalità ed organizzazione delle aree tecnologiche diventa requisito fondamentale per la gestione di tutta la struttura. Ciò cor-

risponde anche all'obiettivo di una gestione non più per "funzioni", ma per "processi". Tali "processi" dovranno essere veloci, efficienti e dovranno presentare un elevato standard qualitativo senza per questo costituire ostacolo ad un utilizzo personalizzato e orientato ai bisogni del paziente dell'intero complesso ospedaliero.

BIBLIOGRAFIA

1. Rotelli G. *L'Ospedale del Futuro. Hospital & Public Health* 2003; 1-2: 6-11
2. "The NHS - the problem is a capacity, not funding", *The Lancet* vol 359 March 23, 2002: 1043
3. Eva Antonitti "L'Ospedale del Terzo Millennio" www.ilbisturi.it
4. "Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza" supplemento n.6 Monitor ASSR



Sanità Professionale Per Professionisti Della Sanità **Vernacare®**

Sistema combinato per lo smaltimento dei rifiuti biologici

- Interruzione della catena di trasmissione delle infezioni ospedaliere
- Riduzione dei tempi di lavoro
- Massima igiene e confort
- Riduzione dei costi gestionali
- Smaltimento sicuro ed ecologico
- Aumento della qualità domestico-alberghiera

distribuzione esclusiva per l'Italia **bi-medica**

Via Italia, 197 • 20040 Busnago (MI) • Tel. 0396956052 • Fax 02700502651 • e-mail: bi-medica@bi-medica.it

Kemika presenta:

**Il Sistema a moduli
per la disinfezione delle superfici
in ambiente ospedaliero**



I prodotti **Kemika** sono Presidi Medico Chirurgici



**Il Sistema a moduli è sicurezza, semplicità d'uso
e conformità alle esigenze delle Direzioni Sanitarie**

Tutte le informazioni sono disponibili nel sito www.kemikaspa.com
previo contatto con l'ufficio Marketing - Dott. Marino per il codice di accesso.

KemikaSPA

Via G. Di Vittorio 85 - CO.LIN.ORA 2 - 18075 Ovada (AL) ITALIA
Tel. (0328)0143-88.494 Fax (0328)0143-82.20.68
www.kemikaspa.com e-mail: info@kemikaspa.com

Set chirurgici tessili ecologici

effetto  barriera

a protezione del paziente, dell'operatore e dell'ambiente

STERILIS

Il servizio STERILIS consiste nel noleggio (fornitura e gestione) di Set Sterili Tessili Riutilizzabili a Barriera pronti all'uso per ogni tipo di intervento chirurgico. Una distribuzione capillare garantisce presso gli utilizzatori la quantità di Set Sterili necessari, evitando l'ingombro di stock voluminosi, oltre il materiale usato che sarà lavato, controllato e sterilizzato mediante processo certificato UNI EN 13488. I Dispositivi Medici Sterili sono classificati classe I sterile.



"Flip manopole" telo per laparoscopia

Cotone bagnato **Effetto barriera**



Una gamma completa di telai e cuscini per la sala operatoria in grado di resistere alla penetrazione degli agenti infettivi e dei fluidi biologici, requisiti indispensabili per la salvaguardia della salute del paziente e degli operatori.

Migliore protezione del paziente e migliore protezione dell'operatore.



 Sterile rispetto l'ambiente consentendo il riciclo ecologico dei set tessili.

ALSCO

Italia

www.alsco.it



ROMA Tel. 06 - 85000000
MILANO Tel. 02 - 85000000
TORINO Tel. 011 - 85000000
BARI Tel. 08 - 85000000
LIVORNO Tel. 0586 - 85000000
SALERNO Tel. 0877 - 85000000
SARAGATTA Tel. 0709 - 85000000
CANTÙ Tel. 0362 85000000

Linee guida relative al servizio di noleggio, disinfezione, fornitura, consegna e ritiro di biancheria piana, confezionata, materassi e guanciali

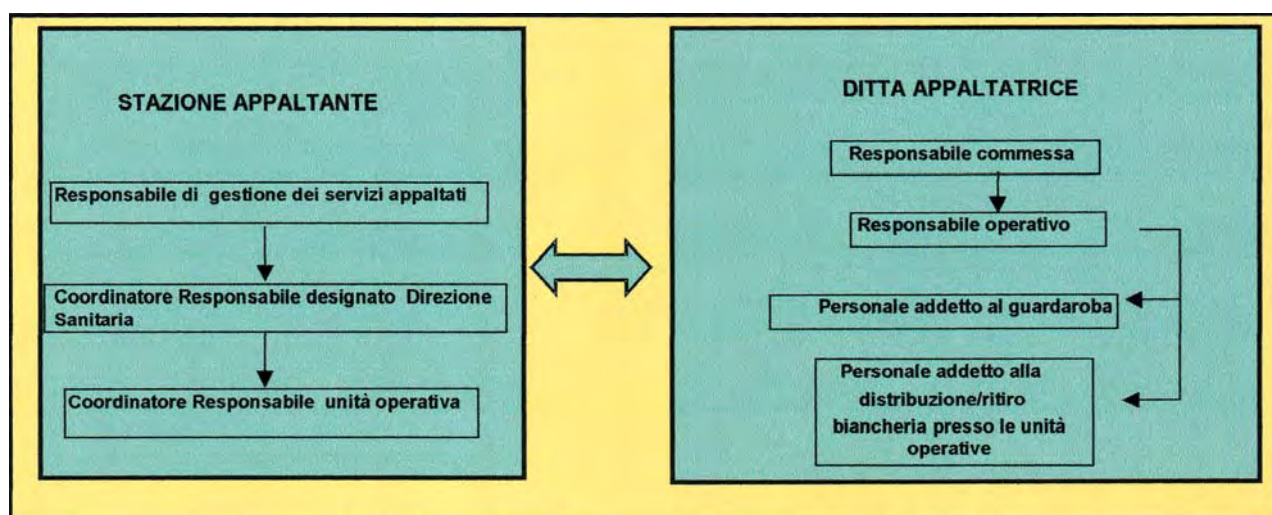
Gianfranco Finzi, Fabrizio Cocco, Nicola Alvaro, Vittorio Castelli, Anna Maria Cremonini, Paola Cugini, Loredana Mavilla, Monica Pezzi, Giorgio Di Pietro, Silvano Mei, Marco Squassina, Andrea Rossi

PREMESSA

Com'era nell'intento iniziale dell'AMNDO e dell'AUIL (Associazione unitaria industrie di lavanderie), nella primavera dello scorso anno, siamo oggi ad emanare le linee guida per l'espletamento del servizio di noleggio, lavaggio, disinfezione, fornitura, consegna e ritiro di biancheria piana, confezionata, materassi e guanciali. Inizialmente il percorso si è presentato accidentato per il diverso approccio culturale con cui le parti si sono poste intorno ad un tavolo per definire, in modo condiviso, una prassi, che nel quotidiano, vede gli operatori sanitari e le lavanderie industriali su posizioni contraddittorie. Ma l'obiettivo dell'elaborazione congiunta delle linee guida, ritenuto imprescindibile dalle parti, ha dato la stura ai lavori, per cui oggi mettiamo a disposizione dei professionisti incaricati del servizio delle regole e delle procedure di riferimento che contribuiranno ed è questo l'auspicio, all'ottimizzazione sia dell'efficienza sia del rapporto costi/benefici delle aziende coinvolte nel processo produttivo del servizio. L'obiettivo comune che adesso le parti si prefiggono è quello della massima diffusione ed applicazione delle linee guida nell'ambito delle strutture sanitarie, per affermare la cultura della condivisione che rappresenta l'aspetto forse di maggiore rilevanza di queste linee guida. Questo documento è il risultato di ampi ed approfonditi confronti tra i partecipanti del gruppo di lavoro alla luce delle esperienze vissute nell'espletamento del servizio. Ciò ovviamente non costituisce presupposto per ritenere il lavoro, sin'ora svolto, blindato per il futuro, ma verrà opportunamente modificato ed ampliato tenendo conto dei contributi che perverranno dal territorio.

Il Segretario Generale AUIL
Vittorio Castelli

1. STRUTTURA ORGANIZZATIVA E OGGETTO DEL SERVIZIO



1.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELLA DITTA APPALTATRICE

Il servizio di noleggio, lavaggio, disinfezione, consegna e ritiro di biancheria piana e confezionata, sterile, materassi, guanciali e DPI viene espletato dalla ditta appaltatrice. Tale servizio si compone di due fasi: una fase di produzione/ricondizionamento ed una fa-

se di smistamento/distribuzione (logistica). La prima fase viene svolta all'interno dello stabilimento produttivo della ditta, la seconda all'interno dei locali guardaroba messi a disposizione della Stazione Appaltante e presso i vari unità operative di destinazione finale. Presso i locali guardaroba confluisce tutta la biancheria piana, materassi e cuscini oltre che la biancheria personalizzata pulita proveniente dallo stabilimento

produttivo, la quale viene suddivisa e smistata ai unità operative.

La struttura organizzativa della ditta destinata allo svolgimento del servizio può essere schematizzata nel modo seguente:

- **Responsabile della commessa**

È il riferimento nei confronti della Stazione Appaltante relativamente al servizio, imposta le attività di controllo e di gestione.

- **Responsabile operativo**

È il referente nei rapporti con i unità operative, coordina il personale di guardaroba e il personale addetto alla distribuzione/ritiro degli articoli presso i unità operative

- **Personale addetto al guardaroba**

Svolge tutte le attività relative alla gestione del guardaroba: prende in carico gli articoli provenienti dallo stabilimento produttivo, li suddivide in funzione della destinazione ai vari unità operative programmandone l'invio.

- **Personale addetto alla distribuzione/ritiro manufatti tessili presso le unità operative**

Consegna a tutti i unità operative di destinazione gli articoli predisposti dal guardaroba, effettua il reintegro degli stessi presenti nei depositi di reparto, ritira la biancheria sporca presso i vari punti di stoccaggio temporaneo e la convoglia nel deposito centralizzato di raccolta.

Identificazione del personale della ditta

Tutto il personale della Stazione Appaltante è chiaramente identificato per mezzo di un'adeguata divisa e di un tesserino di riconoscimento munito di fotografia.

1.2 STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELLA STAZIONE APPALTANTE

- **Responsabile di gestione dei servizi appaltati**

È il riferimento nei confronti della Stazione Appaltante relativamente allo stesso, imposta le attività di controllo e di gestione con il Responsabile di commessa.

- **Coordinatore responsabile designato dalla Direzione Sanitaria**

È il referente nei rapporti tra le unità operative ed il Responsabile operativo, informa, aggiorna e coordina il personale delle unità operative relativamente alle specifiche del servizio.

- **Coordinatore responsabile di unità operativa**

È l'unico referente del unità operative nei rapporti tra la Stazione Appaltante e la ditta esecutrice del servizio (personale addetto alla distribuzione/ritiro dispositivi), è il responsabile degli articoli consegnati/ritirati al/dal unità operative, sottoscrive le bolle di consegna per accettazione, stabilisce il contenuto della "scheda di dotazione" delle unità operative

1.3 OGGETTO DEL SERVIZIO

L'appalto ha per oggetto i servizi e/o le forniture sotto elencati, e dovrà essere espletato secondo le modalità esplicitate nel capitolato:

- a) la fornitura a noleggio di tutti i manufatti tessili costituiti dalla biancheria piana di corredo dei letti e per usi vari (lenzuola, federe, traverse, teli, ecc.);
- b) la fornitura a noleggio di tutti i manufatti tessili costituiti dal vestiario (divise da lavoro) per tutto il personale elencato nell'apposito allegato;
- c) il ricondizionamento (lavaggio e disinfezione, asciugatura, stiratura, manutenzione, piegatura) dei manufatti tessili riutilizzabili costituiti dalla biancheria piana e dal vestiario citati ai punti precedenti
- d) l'accurata disinfezione, preventiva o contestuale al lavaggio, di qualsiasi manufatto tessile riutilizzabile "a rischio infettivo" per esplicita indicazione della Direzione Sanitaria;
- e) la fornitura a noleggio di manufatti tessili accessori costituiti da materassi e guanciali in poliuretano espanso completi delle relative fodere, secondo le quantità e le caratteristiche più oltre precisate. La fornitura dei predetti materassi in poliuretano espanso dovrà riguardare sia quelli normali che quelli di prevenzione e/o terapia delle lesioni da decubito in pazienti a basso rischio (caratterizzati da indice Norton (14) o che presentino lesioni al 1° stadio;
- f) il ricondizionamento (lavaggio integrale in acqua e disinfezione, asciugatura, sia delle fodere che delle imbottiture, manutenzione) di tutti i materassi ed i guanciali di cui al punto precedente;
- g) l'accurata disinfezione, preventiva o contestuale al lavaggio, di qualsiasi capo di materasseria "a rischio infettivo" per esplicita indicazione della Direzione Sanitaria;
- h) la fornitura delle calzature e dei dispositivi di protezione individuale (DPI) correlati a tutto il personale dipendente della Stazione Appaltante, nonché la fornitura di articoli accessori vari (sia monouso che non);
- i) la fornitura dei sacchi per la raccolta della biancheria sporca;
- m) l'espletamento dei servizi di trasporto, di prelievo di tutti i manufatti tessili riutilizzabili da sottoporre a ricondizionamento (biancheria e materasseria sporche), di riconsegna degli stessi dopo l'avvenuto ricondizionamento, la consegna di tutti gli articoli di cui è prevista la fornitura (accessori, calzature, DPI, ecc.), il tutto secondo le modalità più oltre precisate;
- n) la gestione del guardaroba e dei magazzini dei manufatti tessili oggetto del presente appalto da organizzarsi all'interno delle strutture della Stazione Appaltante, il tutto secondo le modalità più oltre precisate.

Si precisa che le attività di raccolta, ritiro, trasporto e

smaltimento dei rifiuti costituiti da manufatti tessili (la cui fornitura sia prevista dal Capitolato) che hanno raggiunto il termine della loro vita utile, siano essi monouso o pluriuso di cui non sia previsto il noleggio a carico dell'Appaltatore in base ai dettami del Capitolato stesso, rimarranno di competenza della Stazione Appaltante.

2. NOTIZIE GENERALI DEL SERVIZIO DI LAVANOLO

2.1 DESCRIZIONE DEGLI ARTICOLI OGGETTO DEL SERVIZIO

Le caratteristiche merceologiche dei singoli capi noleggiati dovranno essere conformi con quelle riportate nel Capitolato; la tipologia delle divise, il numero di cambi e le frequenze degli stessi sono riportate nell'allegato B.

La Ditta appaltatrice dovrà fornire tutti gli articoli monouso, le calzature e i dispositivi di protezione individuale (D.P.I.) elencati nell'allegato C. I codici colore dei sacchi di contenimento della biancheria e materasceria sporca sono contenuti nell'allegato D.

2.2 LOGISTICA

L'Appaltatore, con personale e mezzi propri, provvederà ad organizzare un servizio di logistica a favore di tutti i centri di utilizzo riportati nell'allegato A e operando secondo la frequenza stabilita (personalizzare con frequenze).

Il servizio di logistica assicura:

- il rifornimento continuativo, direttamente ad ognuna delle unità operative da servire, di tutti i manufatti tessili la cui fornitura sia contemplata dal Capitolato
- il prelievo, presso ognuna delle unità operative da servire, di tutti i manufatti tessili riutilizzabili da ricondizionare, nonché l'asportazione e l'allontanamento dei medesimi
- la gestione della movimentazione dei manufatti tessili nuovi o ricondizionati presso i guardaroba/magazzini degli stessi, nonché dei manufatti usati da ricondizionare presso gli appositi depositi, ubicati presso le strutture da servire
- tutti i trasporti fra stabilimenti e strutture servite per la consegna dei manufatti tessili nuovi o ricondizionati, nonché i trasporti tra strutture e gli stabilimenti per i manufatti riutilizzabili da sottoporre a ricondizionamento.

Al fine di non lasciare per troppo tempo i capi sporchi (il cui ritiro sia previsto a carico dell'Appaltatore) presso le Strutture dell'Ente, nei casi di festività susseguenti l'Appaltatore stesso dovrà garantire il servizio di ritiro almeno a giorni alterni.

2.3 SCORTE DEI MANUFATTI TESSILI

La "SCORTA DEI MANUFATTI TESSILI PRESSO LE UNITÀ OPERATIVE" è quella quantità (formalizzata nella "scheda di dotazione"), "pronta all'uso" prevista in assegnazione alle unità operative, che rimarrà a disposizione presso le Unità stesse e il cui reintegro sarà sempre garantito in occasione della consegna periodica programmata dei manufatti tessili medesimi. Tale scorta per uno specifico manufatto tessile sarà pari a quella quantità necessaria a garantire l'autonomia della unità operativa considerata (relativamente al manufatto stesso e in funzione dell'effettiva frequenza di cambio del medesimo), nell'intervallo di tempo più lungo prestabilito intercorrente fra una consegna e quella successiva, il tutto maggiorato del:

- 50% per i manufatti tessili da reparto di degenza
- 100% per i manufatti tessili dei comparti operatori.

Sulla base di tale logica, prima dell'attivazione del contratto, la Stazione Appaltante stabilirà le scorte dei vari manufatti che dovranno essere presenti presso ciascuna unità operativa.

Il servizio di logistica gestito dall'Appaltatore dovrà garantire, in occasione della prevista periodica consegna dei manufatti tessili, il ripristino di tali prestabilite scorte.

Faranno eccezione solo quei manufatti tessili per i quali non fosse prevista una prefissata scorta di reparto. In tal caso la fornitura sarà effettuata in funzione della richiesta estemporanea effettuata dall'Unità Operativa.

Con riferimento ai manufatti tessili di cui è prevista la fornitura, la Ditta appaltatrice garantisce un sistema di controllo costante delle proprie scorte presso i guardaroba/magazzini (sia quelli ubicati presso le strutture servite che quelli remoti), al fine di evitare qualsiasi inconveniente legato alla carenza dei manufatti stessi. Le scorte di guardaroba sono dettagliate, per tipologia e quantità, nell'offerta tecnica e riportate nel Capitolato.

2.4 GUARDAROBA

Il servizio svolto presso il guardaroba ubicato, relativo alla fase di smistamento/distribuzione della biancheria piana, materassi e cuscini nonché della biancheria personalizzata è organizzato con le specifiche di seguito riportate:

- orario di apertura: dalle alle ... dal ... al
- recapito interno per la biancheria piana e confezionata: tel; fax.....

2.5 GESTIONE DELLA "SCHEDE DI DOTAZIONE"

Una scheda di dotazione relativa ai manufatti tessili oggetto dell'appalto, deve essere consegnata ad ogni unità operativa e deve essere comprensiva delle quan-

tità e delle indicazioni relative alle fasce orarie di consegna e ritiro dei suddetti materiali.

Tutte le eventuali modifiche relative alle schede di dotazione si effettuano nel seguente modo :

- **aumenti/diminuzioni di dotazioni:** il Referente dell'unità operativa invierà copia della scheda di dotazione modificata al Coordinatore Responsabile designato dalla Direzione Sanitaria.
- **inserimento/cancellazioni di dispositivi per i quali non era stata concordata la fornitura:** il Referente dell'unità operativa invierà copia della scheda di dotazione modificata al Coordinatore Responsabile designato dalla Direzione Sanitaria.
- **in caso di smarrimento delle schede di dotazione:** il Referente dell'unità operativa dovrà inoltrare la richiesta di duplicato al Coordinatore Responsabile designato dalla Direzione Sanitaria.
- **richiesta urgente di manufatti tessili:** il Referente dell'unità operativa trasmette copia della scheda di dotazione modificata evidenziando ed esplicitando la motivazione dell'urgenza al Coordinatore Responsabile designato dalla Direzione Sanitaria.
- **richieste di sospensione e/o attivazione del servizio:** nel caso in cui sia necessario sospendere o attivare il servizio, temporaneamente o definitivamente, il Referente dell'unità operativa trasmette la richiesta specificando il periodo di sospensione o attivazione del servizio al Coordinatore Responsabile designato dalla Direzione Sanitaria.

2.6 MODALITA' DI EFFETTUAZIONE DEL RITIRO, DEI TRASPORTI, DELLA RICONSEGNA DEI MANUFATTI TESSILI

La Stazione Appaltante mette a disposizione tutti gli automezzi, i contenitori (carrelli, ecc.) ed il personale di servizio necessari per il ritiro dei manufatti tessili usati / sporchi (eventualmente infetti) e per la consegna di quelli nuovi / ricondizionati.

Gli automezzi adibiti al trasporto sono conformi alla legislazione in materia.

Non è ammesso il contemporaneo trasporto con lo stesso automezzo di capi puliti e capi sporchi, a meno che non siano individuate due apposite zone di carico dell'automezzo stesso, ermeticamente separate ed aventi accesso distinto direttamente dall'esterno.

I contenitori (carrelli, ecc.) ed i cassoni dei mezzi di trasporto per il ritiro e la consegna dei manufatti tessili vengono lavati e/o disinfettati a seconda delle necessità, e comunque ogni qualvolta si passi, con lo stesso contenitore o con la stessa area di carico dell'automezzo, dal trasporto di manufatti tessili sporchi al trasporto di manufatti nuovi/ricondizionati; in altri termini non sarà possibile effettuare trasporti di manufatti nuovi/ricondizionati su contenitori o aree di carico di automezzi che abbiano trasportato manufatti

tessili sporchi, se non si sarà prima proceduto al loro lavaggio e disinfezione.

La Direzione Sanitaria si impegna a garantire che, nelle singole unità operative:

- la raccolta dei manufatti tessili sporchi riutilizzabili avvenga mantenendoli suddivisi sia in funzione del tipo che dell'uso, secondo i criteri più sotto specificati;
- i manufatti tessili riutilizzabili stessi siano privi di qualsiasi corpo estraneo (attrezzi chirurgici o di medicazione, guanti, penne, matite, garze laparotomiche ecc).

2.7 RITIRO BIANCHERIA E MATERASSERIA

Per la raccolta dei manufatti tessili sporchi verranno utilizzati sacchi forniti dall'Appaltatore contraddistinti da un "codice colore" al fine di consentire una raccolta differenziata dei manufatti tessili stessi, che sarà operata dal personale dell'Unità Operativa.

I sacchi per la biancheria sporca verranno inseriti, per agevolare la raccolta dei capi, in appositi carrelli porta sacco, muniti di coperchio azionato a pedale, messi a disposizione dalla Stazione Appaltante.

I materassi ed i guanciali sporchi verranno avvolti, a cura del personale della Stazione Appaltante, nello stesso sacco con cui erano avvolti i materassi e i guanciali puliti.

I manufatti tessili sporchi verranno inseriti nei sacchi a cura del personale della Stazione Appaltante. I sacchi accuratamente chiusi e sempre a cura del personale Stazione Appaltante verranno fatti confluire presso i punti di raccolta istituiti presso ciascuna unità operativa e caricati negli appositi carrelli/contenitori messi a disposizione dalla Ditta appaltatrice.

2.8 MANUFATTI TESSILI RIUTILIZZABILI A RISCHIO INFETTIVO

La Ditta Appaltatrice mette a disposizione della Stazione Appaltante i seguenti materiali, necessari per la raccolta dei manufatti tessili sporchi riutilizzabili a rischio infettivo in base alle disposizioni della Direzione Sanitaria della Stazione Appaltante:

- sacco idrosolubile (se la disinfezione verrà effettuata mediante lavaggi speciali ad acqua);
- sacco in polietilene di colore rosso.

I manufatti tessili riutilizzabili infetti saranno pertanto raccolti dal personale Stazione Appaltante nei sacchi di polietilene rosso, chiusi e contrassegnati con sigla del reparto, previa immissione dei manufatti tessili stessi nei sacchi idrosolubili (ove previsti).

2.9 CONSEGNA BIANCHERIA PIANA

La biancheria piana deve essere trasportata all'interno di carrelli chiusi dagli operatori della ditta appalta-

trice e deve essere consegnata alle unità operative avvolta in pellicole di polietilene.

La consegna dovrà avvenire mediante il meccanismo di reintegro, con la frequenza e nella fascia oraria concordata con Coordinatore Responsabile della Unità Operativa e formalizzato nella "scheda di dotazione". Tale meccanismo prevede che l'Operatore della ditta appaltatrice, dopo aver verificato il quantitativo presente presso le Unità Operative (armadio o carrello biancheria pulita) ed averlo confrontato con quello previsto nella "scheda di dotazione", provveda a ripristinare il quantitativo di manufatti tessili.

All'atto della consegna dei manufatti tessili l'operatore della Ditta appaltatrice farà firmare una bolla al Coordinatore responsabile dell'Unità Operativa che ne tratterà copia, come prova dell'avvenuta consegna.

2.10 CONSEGNA MATERASSI E CUSCINI

La fornitura di materassi e cuscini deve avvenire come descritto per la biancheria piana: gli operatori della ditta appaltatrice procederanno al reintegro della scorta concordata direttamente presso il punto di stoccaggio dell'Unità Operativa.

2.11 CAMBIO DEI MATERASSI

I materassi forniti dalla ditta in appalto devono essere dotati di copri - materasso che permette una protezione dello stesso e di conseguenza la possibilità di un prolungato utilizzo. Ciò non deve compromettere l'igiene e la prevenzione nella trasmissione di infezioni nosocomiali.

Il copri-materasso deve essere sostituito ad ogni cambio di Paziente.

Occorre, invece, provvedere alla sostituzione del materasso:

- dopo un decesso
- dopo la dimissione di un paziente che presenta una malattia infettiva.
- quando il materasso è macchiato
- ogni qualvolta sia ritenuto necessario

Per tutti i Day Hospital il cambio dei materassi deve essere gestito dal personale di guardaroba che si attiene ad un programma concordato dalla Direzione Sanitaria.

Per le stanze dei medici di guardia e gli alloggi degli ospiti la sostituzione dei materassi deve avvenire con frequenza programmata e concordata con la Direzione Sanitaria.

2.12 PAZIENTI RICOVERATI IN REGIME DI ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE

Per i pazienti ricoverati in regime di comfort alberghiero deve essere fornita della biancheria piana differenziata. La richiesta deve essere effettuata per mezzo di un

modulo dedicato che deve essere trasmesso alla Direzione Sanitaria.

La richiesta di tale biancheria dovrà pervenire almeno entro il giorno precedente al ricovero previsto in regime di comfort alberghiero.

3. DIVISE

3.1 DESCRIZIONE

I capi di biancheria confezionata che dovranno essere forniti a noleggio e il numero di cambi previsti saranno quelli evincibili dall'**allegato "B"**.

Solo il personale appositamente a ciò autorizzato dalla Stazione Appaltante avrà diritto alla divisa nominativa che sarà fornita all'origine nelle quantità previste; tali divise saranno personalizzate attraverso l'applicazione di etichette termoadesive riportanti gli estremi della Stazione Appaltante, il nome e cognome della persona, la sua qualifica.

All'atto del ritiro il destinatario verificherà che i propri dati iscritti nelle targhette di personalizzazione dei capi siano corretti.

E' fatto divieto al personale di utilizzare i capi di vestiario al di fuori dei luoghi e delle attività a cui il personale stesso è preposto in funzione del contratto di lavoro che ha in essere con la Stazione Appaltante. La responsabilità della gestione delle divise è dell'operatore stesso quindi è necessario attenersi alle indicazioni che riguardano i percorsi che seguirà la propria divisa.

Si ricorda che le eventuali modifiche da eseguire sulla divisa personale non possono essere effettuate autonomamente, ma è necessario rivolgersi al personale di guardaroba.

Tutti i capi ricevuti in dotazione dovranno essere restituiti alla Ditta appaltatrice in ciascuna delle seguenti circostanze:

- la persona interessata cambi la sua funzione e qualifica e sia per questo autorizzata ad essere corredata di una divisa diversa da quella precedente;
- la persona interrompa il suo rapporto di lavoro con la Stazione Appaltante (per dimissioni, per licenziamento o per pensionamento).

La Stazione Appaltante, nella figura del Coordinatore Responsabile designato dalla Direzione Sanitaria, provvederà a fornire mensilmente alla Ditta appaltatrice gli elenchi nominativi del personale alle proprie dipendenze di cui è prevista la vestizione con l'indicazione dell'Unità Operativa di appartenenza e della qualifica. L'aggiornamento di tali elenchi, indispensabile per la corretta gestione del servizio, deve permettere la rapida individuazione del personale che:

- ha interrotto definitivamente il rapporto di lavoro con la Stazione Appaltante,
- è in aspettativa,
- è stato trasferito da una Unità Operativa ad un'altra
- ha cambiato qualifica.

3.2 APPROVVIGIONAMENTO

3.2.1 Nuovo assunto

Per quanto riguarda gli operatori sanitari non medici afferenti al servizio infermieristico al momento del colloquio per l'assunzione con l'operatore professionale dirigente (o.p.d.), gli dovranno essere fornite tutte le indicazioni per recarsi al guardaroba per effettuare la misurazione della divisa con la richiesta scritta dall'o.p.d. Il nuovo assunto, nel più breve tempo possibile, potrà ritirare la propria divisa presso il guardaroba. Per quanto concerne il personale medico e tutto l'altro personale di nuova assunzione, per la misurazione della nuova divisa dovrà presentarsi direttamente in guardaroba munito del relativo foglio di assunzione fornitogli dagli uffici amministrativi della struttura sanitaria d'appartenenza e nel più breve tempo possibile potrà recarsi presso il guardaroba a ritirare la divisa/camicia.

3.2.2 Trasferiti ad altra unità operativa

Quando si cambia Unità Operativa, è necessario segnalare telefonicamente il trasferimento al guardaroba per consentire la correttezza delle operazioni di consegna e ritiro delle divise.

3.2.3 Personale che cessa il rapporto di lavoro con la struttura sanitaria

L'ultimo giorno lavorativo presso la struttura sanitaria gli Operatori dovranno provvedere personalmente alla restituzione al personale di guardaroba delle divise in dotazione.

3.2.4 Personale in aspettativa e gravidanza

Quando l'Operatore usufruisce di un periodo di aspettativa ed ha la certezza che dopo il periodo stabilito ritornerà nella stessa Unità Operativa di prima, le divise devono essere lasciate in deposito presso la propria Unità Operativa.

Quando invece si ha la certezza di rientrare presso la propria struttura sanitaria, ma non presso la stessa Unità Operativa di prima, le divise devono essere consegnate personalmente, prima dell'inizio del periodo di aspettativa, in guardaroba.

Al rientro le divise potranno essere ritirate presso il guardaroba stesso.

3.2.5 Cambio taglia

Nell'eventualità che l'Operatore abbia necessità di sostituire le divise per cambio taglia, può recarsi direttamente presso il guardaroba. Il personale addetto avrà cura di rilevare le nuove misure corporee e di fornire le nuove divise.

3.2.6 Borsista area sanitaria e studenti delle scuole per le professioni sanitarie

L'interessato, con l'attestato di aggiudicazione della borsa di studio o con un certificato di iscrizione alla scuola per la professione sanitaria, deve rivolgersi al personale di guardaroba deputato alla gestione delle divise di pronta disponibilità.

Tali divise seguiranno poi all'interno della struttura sanitaria lo stesso percorso delle altre.

Quando si conclude il rapporto di lavoro occorrerà comunicarlo tempestivamente al guardaroba.

3.2.7 Medico frequentatore e borsista universitario

L'interessato, con l'autorizzazione del Direttore dell'Unità Operativa alla frequenza della stessa, oppure, nel caso di ospedali convenzionati con l'Università, con l'attestato di aggiudicazione della borsa di studio da parte del Rettore, si dovrà rivolgere personalmente alla Direzione Ospedaliera che autorizzerà il personale di guardaroba alla consegna di camici non nominativi. Contestualmente alla consegna, dovrà essere richiesta dal personale di guardaroba una cauzione, che verrà restituita alla riconsegna dei camici stessi.

3.2.8 Medici specializzandi

Nel caso di ospedali che siano sede di Scuole di Specializzazione Mediche l'Università dovrà comunicare annualmente il nominativo dei medici specializzandi alla Direzione Ospedaliera.

Quest'ultima, a sua volta, dovrà fornire copia della suddetta lista al Responsabile del guardaroba per il confezionamento delle dotazioni personalizzate delle divise e dei camici.

Quando si concluderà il periodo di specializzazione sarà cura del Medico Specializzando restituire personalmente al personale di guardaroba tutte le divise.

3.2.9 Smarrimento divise personali

L'operatore interessato dovrà notificare l'evento alla Direzione Ospedaliera, specificando qualifica, taglia e Unità Operativa di appartenenza.

Sarà cura della Direzione Ospedaliera attivare il controllo presso il guardaroba e autorizzare la dotazione di divise non nominative, nell'attesa del ritrovamento di quelle personalizzate.

Qualora emergessero oggettive responsabilità del personale della Stazione Appaltante, l'Appaltatore potrà richiedere il risarcimento dei danni.

3.3 LOGISTICA

Le divise dovranno essere consegnate presso l'Unità

Operativa di afferenza dell'Operatore.

La manutenzione delle divise è a carico della Ditta Appaltatrice: per facilitare le operazioni di manutenzione è importante segnalare l'intervento al guardaroba.

Per poter monitorare il percorso delle divise è necessario compilare la distinta che accompagna il ritiro dei capi sporchi (vedere tabella "distinta consegna divise") qualora non sia presente un sistema informatizzato di "lettura dei capi". Il modulo andrà compilato specificando nella casella corrispondente alla tipologia del capo, ed il numero degli stessi inviati al lavaggio.

Nel caso di utilizzo del modulo, lo stesso dovrà essere utilizzato anche per segnalare trasferimenti, cessazione di attività e richiesta di manutenzione dei capi.

Le divise personali dovranno essere smaltite negli appositi sacchi del colore stabilito, separando i pantaloni dalle casacche/camici.

Il sacco deve riportare l'indicazione dell'Unità Operativa di provenienza; i sacchi andranno poi riposti in punti prestabiliti di stoccaggio della biancheria sporca all'interno del reparto.

4. SEGNALAZIONE DI NON CONFORMITÀ

Nell'erogazione del servizio la Ditta appaltatrice deve rispettare le procedure di controllo previste dal proprio Sistema Qualità assicurandosi che sia conforme ai livelli qualitativi concordati con il cliente e a quelli fissati dagli standard normativi cogenti. L'individuazione di una non conformità, sia essa a carico della Ditta Appaltatrice che della Stazione Appaltante, avviene solitamente durante i controlli sul regolare svolgimento del servizio e sull'adeguatezza qualitativa e quantitativa dei prodotti e servizi oppure durante le normali attività svolte presso l'Unità Operativa. Le persone preposte a rilevare tali inadempienze sono le seguenti:

- Responsabile di Commessa della Ditta Appaltatrice
- Coordinatore Responsabile designato dalla Direzione Sanitaria della Stazione Appaltante
- Coordinatore Responsabile dell'Unità Operativa della Stazione Appaltante

Le modalità di controllo del prodotto e servizio e gli strumenti di supporto, concordati tra le parti (schede, moduli, reports, fax, ecc.), dovranno seguire le fasi di seguito definite, coerentemente con i criteri di gestione delle non conformità fissati dalla ISO 9001: 2000, al fine di costituire uno strumento paritario da condividere tra i due attori del contratto, atto a migliorare e a monitorare costantemente la qualità del servizio.

4.1 RILEVAZIONE E SEGNALAZIONE DI UNA NON CONFORMITÀ

La rilevazione di una non conformità può avvenire in 2 modi:

- Durante lo svolgimento delle attività quotidiane, da parte del personale preposto al controllo del servizio nell'Unità Operativa e da parte del Responsabile di Commessa della Ditta Appaltatrice;
- Durante lo svolgimento di controlli periodici, con le frequenze definite in accordo tra la Ditta Appaltatrice e la Stazione Appaltante

4.2 RILEVAZIONE DI NON CONFORMITÀ DURANTE LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ QUOTIDIANE

La rilevazione di una non conformità nelle attività quotidiane viene segnalata dalla Stazione appaltante, di norma nella figura del Coordinatore Responsabile dell'Unità Operativa., il quale provvede a segnalare il problema alla propria Direzione competente ed eventualmente al Responsabile della Ditta appaltatrice con il modulo di "Segnalazione della Non Conformità".

La rilevazione della non conformità sulla qualità del prodotto deve essere effettuata dal Coordinatore Responsabile dell'Unità Operativa. sulla base degli standard qualitativi riportati nella Tabella Identificazione Non conformità, riportata in allegato.

La rilevazione della non conformità sulla quantità dei prodotti forniti e sul servizio erogato deve essere effettuata dal Coordinatore Responsabile dell'Unità Operativa sulla base delle indicazioni del Capitolato Speciale d'Appalto, del Contratto e della Scheda di Dotazione dell'Unità Operativa stessa.

Al fine di verificare una non conformità si potrà anche rendere necessario un immediato sopralluogo congiunto tra Coordinatore Responsabile designato dalla Direzione Sanitaria della Stazione Appaltante ed il Responsabile di commessa della Ditta appaltatrice nella sede dove si è rilevata la non conformità stessa.

La rilevazione della non conformità è valida anche in assenza del Responsabile di commessa della Ditta Appaltatrice, a condizione che il materiale non conforme venga immediatamente accantonato per essere successivamente visionato dai Responsabili incaricati, conservandone, ove necessario, gli estremi di rintracciabilità (es. n° bar code, tipologia del capo ecc.).

In conclusione deve essere garantito lo svolgimento di un contraddittorio fra le parti ovvero di un momento di confronto tra il Responsabile di commessa della Ditta Appaltatrice ed il Coordinatore Responsabile designato dalla Direzione Sanitaria della Stazione Appaltante.

4.3 RILEVAZIONE DI NON CONFORMITÀ DURANTE I CONTROLLI PERIODICI SUL SERVIZIO

La Stazione Appaltante, al fine di controllare l'efficacia del servizio, effettua controlli periodici sulla qualità dei prodotti e sulla efficienza e puntualità del servizio fornito.

DISTINTA DI CONSEGNA DIVISE

DATA _____

UNITA' OPERATIVA _____

COGNOME E NOME	PANTALONI	CASACCHE	CAMICI
	✂	✂	✂
	✂	✂	✂
	✂	✂	✂
	✂	✂	✂
	✂	✂	✂
	✂	✂	✂
	✂	✂	✂
	✂	✂	✂
	✂	✂	✂
	✂	✂	✂
	✂	✂	✂
	✂	✂	✂
	✂	✂	✂
	✂	✂	✂
	✂	✂	✂



Barrare il simbolo per richiedere controllo e manutenzione del capo

COGNOME E NOME	TRASFERITO PRESSO U.O. DAL	DATA CESSATA ATTIVITA'	DATA ASPETTATIVA, GRAVIDANZA

I controlli periodici riguardano la verifica di conformità sulla qualità e quantità del prodotto fornito e devono essere svolti, nel rispetto del vincolo del contraddittorio fra le parti, alla presenza del Responsabile di

commessa della Ditta Appaltatrice. Il risultato dei controlli periodici sarà documentato su appositi moduli interni alla Stazione Appaltante, qualora tali controlli generino delle non conformità, la Sta-

zione Appaltante dovrà informarne il referente della Ditta Appaltatrice mediante il modulo di “Segnalazione della Non Conformità” sul quale dovranno essere riportate tutte le informazioni utili a codificare la situazione non conforme.

4.4 SOLUZIONE DELLA NON CONFORMITÀ

La non conformità sarà considerata tale, e quindi necessitante di soluzione, solo se durante il contraddittorio l'anomalia rilevata è al di fuori degli standard definiti:

- Per la qualità del prodotto e del servizio nella “Tabella di Identificazione delle Non conformità”,
- Per la quantità dei prodotti forniti nella “scheda di dotazione dell'Unità Operativa.”

La non conformità deve essere risolta dalle parti, nei tempi concordati, e la soluzione deve essere registrata sul Modulo di Segnalazione non conformità, indicando anche i tempi necessari alla risoluzione stessa. Tipicamente la non conformità di tipo qualitativo viene risolta mediante sostituzione del materiale non conforme, mentre le non conformità di tipo quantitativo trovano soluzione nel completamento della fornitura. Le non conformità a carico della Stazione Appaltante trovano soluzione attraverso precise direttive inviate dalla Direzione sanitaria ai Coordinatori responsabili dell'Unità Operativa.

Nei casi suddetti i vincoli temporali a cui le parti si devono attenere nella soluzione delle non conformità sono quelli concordati e definiti dal contratto.

4.5 EVENTI DI NON CONFORMITÀ REITERATI

Per le non conformità ripetute nel tempo presso la medesima Unità Operativa, così come per i controlli eseguiti in contraddittorio presso le Unità Operative, i locali di guardaroba, i magazzini ecc. per i quali si sia verificato un ripetuto esito negativo, la Stazione Appaltante provvederà ad inviare la richiesta di controdeduzioni alla Ditta Appaltatrice e la stessa dovrà rispondere entro un termine massimo di 15 giorni lavorativi dalla data di invio della comunicazione di richiesta.

Per le non conformità ripetute a carico della Stazione Appaltante la Ditta Appaltatrice provvederà a trasmettere segnalazione scritta riportando gli estremi di quanto rilevato.

4.6 IL MONITORAGGIO DEL LIVELLO DI QUALITÀ

Il Livello di Qualità Attesa (LQA) è l'indicatore che consente di misurare le performance della Ditta appaltatrice, sia in merito alla qualità dei prodotti forniti che sul servizio erogato e di verificarne l'allineamento o meno agli standard definiti sul Capitolato Speciale

d'Appalto e nella Relazione tecnica.

Il LQA viene calcolato in modo distinto per le diverse famiglie di prodotti:

- Biancheria Piana
- Biancheria Confezionata
- Materassi e cuscini
- Servizi di logistica integrata di dispositivi tessili

Il LQA deve essere calcolato in maniera distinta per i seguenti aspetti:

- non conformità rilevate durante i controlli periodici sul servizio
- non conformità di tipo quantitativo e qualitativo sul prodotto durante lo svolgimento quotidiano delle attività
- non conformità relative al servizio rilevate durante lo svolgimento quotidiano delle attività

Il LQA sulle non conformità rilevate durante i controlli periodici viene calcolato confrontando i prodotti rilevati non conformi su un campione rappresentativo delle quantità complessivamente consegnate alla Stazione Appaltante. Il metodo di campionatura deve essere oggetto di accordo tra le parti e comunque definito in sede di contratto.

La formula per il calcolo del LQA sui controlli periodici è:

$$1 - \frac{\text{Tot. Q.tà rilevate non conformi}}{\text{Tot. Q.tà campione}}$$

In caso di rilevazione di non conformità da parte delle Unità Operative si potrà prevedere un aumento dei controlli a campione che comunque non possono superare il 20% del totale del campione previsto in sede di contratto.

4.7 CAPI DI BIANCHERIA DANNEGGIATI

La Ditta Appaltatrice del servizio di lavanolo ha il diritto di effettuare controlli quantitativi e qualitativi finalizzati a tutelare il proprio patrimonio di biancheria. A tal fine dovrà contrassegnare tutti gli articoli forniti a noleggio con un proprio segno identificativo.

La Stazione Appaltante si dovrà impegnare a far sì che il proprio personale utilizzi il materiale noleggiato con cura, anche tramite adeguate circolari informative, affinché non ne sia fatto un uso improprio ossia estraneo alle funzioni ed all'ambiente per e nel quale il materiale è destinato ad essere utilizzato.

Nel caso in cui un comportamento del personale della Stazione Appaltante, difforme da quanto sopra espresso, arrechi un danno alla biancheria fornita a noleggio, determinando il venir meno della funzionalità e del decoro estetico del capo, la Ditta Appaltatrice dovrà sostituire i capi e ne potrà chiedere il risarcimento, previo contraddittorio tra le parti, per i soli capi dichiarati fuori uso.

La quantificazione dei capi danneggiati dovrà essere

TABELLA IDENTIFICAZIONE NON CONFORMITA'

Cod categoria	Descrizione categoria	Elementi	Riferimento	Indicatori	Grado di ponderazione	(LQA)
1	Biancheria Piana	Strappi/Rotture	Intera superficie del capo	strappi > xxxxx		> xxx
		Macchie	Intera superficie del capo	Macchie> xx		
		Rammendi	Intera superficie del capo	Rammendo > xx		
		Corpi estranei	Intera superficie del capo	>= xxxx		
		Integrità confezione	Intero imballo	Pacco aperto		
		Quantità in consegna	Scheda dotazione	Numero		
2	Biancheria confezionata	Strappi/Rotture	Intera superficie del capo	strappi > xxxx		>xxx
		Macchie	Intera superficie del capo	Macchie> xx		
		Rammendi	Intera superficie del capo	Rammendo > xx		
		Corpi estranei	Intera superficie del capo	>= xxxx		
		Integrità capo	Intera superficie del capo	>= xxxx		
		Integrità confezione	Intero imballo	Pacco aperto		
		Quantità in consegna	Scheda dotazione	Numero		
3	Materassi Cuscini	Strappi/Rotture	Intera superficie del capo	strappi > xx		>xxx
		Macchie	Intera superficie del capo	Macchie> xx		
		Corpi estranei	Intera superficie del capo	>= xxxx		
		Quantità in consegna	Scheda dotazione	Numero		
4	Servizio di logistica integrata dei Dispositivi Tessili	Idoneità delle attrezzature	Tutte le attrezzature in uso	N° attrezzature non idonee>= xx		>xxxx
		Igenicità dei locali in uso	Tutti i locali in uso	N° locali >= xxx		
		Rispetto fasce orarie e/o giorni di consegna	Giorno di consegna	+ - xxxx ore.		
		Rispetto fasce orarie e/o giorni di ritiro	Giorno di ritiro	+ - xxx ore		

NB: gli indicatori presenti nella Tabella di Identificazione delle Non Conformità sono indicatori di massima ed hanno un carattere esemplificativo.
Il grado di ponderazione e il LQA sono parametri che devono essere previsti in sede di capitolato di gara.

effettuata in contraddittorio tra le parti secondo la seguente metodologia:

i capi che la Ditta Appaltatrice, dopo il lavaggio, identifica come non idonei a causa del danneggiamento saranno soggetti a verifica da parte della Stazione Appaltante;

quest'ultima dovrà provvedere a redigere un apposito verbale indicante la natura e la quantità dei soli articoli, che durante il contraddittorio, sono stati dichiarati fuori uso;

la Ditta Appaltatrice, in presenza del personale della Stazione Appaltante, dovrà provvedere alla punzonatura o marcatura indelebile di tali articoli;

il verbale sottoscritto dalle parti costituisce un elemento valido per il computo del materiale danneggiato. La contabilizzazione degli articoli di biancheria dovrà essere effettuata con la periodicità stabilita in sede contrattuale.

4.8 AMMANCHI DI BIANCHERIA

Gli ammanchi dei capi di biancheria potranno essere oggetto di richiesta risarcitoria alla Stazione Appaltante in presenza di constatazione in contraddittorio

sui quantitativi di materiale consegnato e ritirato. Le Ditte in sede di Relazione Tecnica sono tenute ad indicare le modalità / procedure che intendono utilizzare al fine di contabilizzare eventuali ammanchi di dispositivi tessili.

Le procedure relative alla consegna della biancheria pulita e ritiro della biancheria sporca sono state precedentemente descritte.

GLOSSARIO

Ai fini della presente relazione si definiranno:

1) MANUFATTO TESSILE O ACCESSORIO PER ATTIVITÀ SANITARIE O AUSILIARIE

Qualsiasi manufatto tessile (biancheria, vestiario, ecc.) o accessorio (materasso, guanciaie, mascherina, guanti, calzature, soprascarpe, ecc.) necessario per corredare i letti, nonché per la vestizione del personale, funzionale all'espletamento di attività sanitarie o ausiliarie nell'ambito di strutture ospedaliere o socio-assistenziali, il quale deve possedere tutti i requisiti necessari a soddisfare le specifiche previste dall'uso a cui è destinato.

Tabelle di segnalazione e gestione di non Conformità di prodotto

	SEGNALAZIONE DELLA NON CONFORMITA'	Rapp. n° Data: Pag. 1 di
U.O. che rileva la non conformità	Tel. Interno:	Coord. Resp. : _____ Firma: _____
Data di rilevazione della N.C.	Data di inoltro della N.C.	
Tipo di Non conformità	Documenti di riferimento (se presenti allegarli al rapporto)¹	
<input type="checkbox"/> Non conformità sulla Qualità del prodotto e del servizio		
<input type="checkbox"/> Non conformità sulle Quantità		
DESCRIZIONE DELLA NON CONFORMITÀ PER IL SERVIZIO DI CONSEGNA E RITIRO DI BIANCHERIA PIANA, CONFEZIONATA E MATERASSERIA		
<p>Compilare ed inserire il simbolo x dove necessario, precisando sempre le quantità trovate non conformi, per le non conformità qualitative e di servizio potrà essere utile inserire qualsiasi informazione che consenta di valutare al meglio la non conformità. Per la segnalazione di non conformità di tipo qualitativo è necessario che l'articolo in oggetto della segnalazione venga consegnato al Responsabile Operativo.</p>		
A- MANCATO RISPETTO DELLE QUANTITA' CONSEGNATE PER :		
<input type="checkbox"/> BIANCHERIA PIANA	DESCR. ART. _____	Q.TA' MANCANTI _____
<input type="checkbox"/> MATERASSERIA	DESCR. ART. _____	Q.TA' MANCANTI _____
<input type="checkbox"/> DIVISE	DESCR. ART. _____	Q.TA' MANCANTI _____
	DESCR. ART. _____	Q.TA' MANCANTI _____
	DESCR. ART. _____	Q.TA' MANCANTI _____
	DESCR. ART. _____	Q.TA' MANCANTI _____
B- MANCATO RISPETTO DEI GIORNI DI <input type="checkbox"/> CONSEGNA <input type="checkbox"/> RITIRO PER :		
<input type="checkbox"/> BIANCHERIA PIANA	NOTE: _____	
<input type="checkbox"/> MATERASSERIA	_____	
<input type="checkbox"/> DIVISE	_____	
C- MANCATO RISPETTO DELLE FASCE ORARIE DI <input type="checkbox"/> CONSEGNA <input type="checkbox"/> RITIRO PER :		
<input type="checkbox"/> BIANCHERIA PIANA	NOTE: _____	
<input type="checkbox"/> MATERASSERIA	_____	
<input type="checkbox"/> DIVISE	_____	
D-CONSEGNA DI ARTICOLI(BIANCHERIA PIANA MATERASSERIA, DIVISE) NON IDONEI QUALITATIVAMENTE PER :		
<input type="checkbox"/> IMBALLAGGIO NON CORRETTO	DESCR. ART. _____	Q.TA' _____
<input type="checkbox"/> PRESENZA DI MACCHIE EVIDENTI	DESCR. ART. _____	Q.TA' _____
<input type="checkbox"/> PRESENZA DI BUCHI/STRAPPI	DESCR. ART. _____	Q.TA' _____
<input type="checkbox"/> PRESENZA DI CORPI ESTRANEI	DESCR. ART. _____	Q.TA' _____
<input type="checkbox"/> CONSEGNA DI ARTICOLI UMIDI	DESCR. ART. _____	Q.TA' _____
<input type="checkbox"/> MANUTENZIONI NON ESEGUITE	DESCR. ART. _____	Q.TA' _____
SULLE DIVISE		
NOTE		

E- <input type="checkbox"/> CONSEGNA DI BOLLE COMPILATE NON CORRETTAMENTE		
F- <input type="checkbox"/> MANCATO RILASCIO DELLA BOLLA SE RICHIESTA		

¹ Esempio: Scheda dotazione, Bolla di consegna ecc.

	GESTIONE DELLA NON CONFORMITA'	Rapp. n° Data: Pag. 1 di
CONTRADDITORIO		
<p>Il resp. Della ditta appaltatrice era presente al momento della rilevazione della NC: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO se NO ha preso visione del materiale Non Conforme <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Osservazioni:</p>		
Coord. Resp. designato dalla Dir. Sanitaria (Firma): _____		Data: _____
Resp. di commessa Ditta Appaltatrice (Firma): _____		Data: _____
SOLUZIONE DELLA NON CONFORMITA'		
Descrizione:		
Data chiusura NC: ____ / ____ / ____ ora: ____ : ____		
FIRMA (Resp commessa Ditta Appaltatrice) _____		data: ____ / ____ / ____
Documenti della risoluzione: _____		
Note:		
NON CONFORMITA' A CARICO DELLA STAZIONE APPALTANTE		
NOME RESP. COMMESSA DITTA APPALTATRICE _____		
LUOGO DI RILEVAZIONE _____		
DESCRIZIONE DELLA NON CONFORMITA':		
<p>Il Coord. Resp.. designato dalla Dir. Sanitaria era presente al momento della rilevazione della NC: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO se NO ha preso visione del materiale Non Conforme <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Osservazioni:</p>		
Presenza visione del Coord. Resp (Firma): _____		Data: _____
Soluzione della NC:		
Data chiusura NC _____		Firma Coord, Resp.): _____

2) MANUFATTO TESSILE RIUTILIZZABILE O PLURIUSO

Manufatto che può essere utilizzato ripetutamente (lenzuolo, materasso, etc), fatta salva eventuale necessità di sottoposizione dello stesso (prima di ogni riutilizzo o dopo un certo tempo o numero di utilizzi) ad un processo di ricondizionamento atto a riconferirgli i requisiti richiesti.

3) DISPOSITIVO DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (D.P.I.)

Attrezzature che hanno il compito di salvaguardare la salute e/o la sicurezza della persona che li indossa o li utilizza (D. L. 475/92). Qualsiasi attrezzatura destinata ad essere indossata e tenuta dal lavoratore allo scopo di proteggerlo contro uno o più rischi suscettibili di minacciarne la sicurezza o la salute durante il lavoro, nonché ogni complemento o accessorio destinato a tale scopo. (D. Lgs 626/94).

4) DOTAZIONE

Quantità di biancheria piana, confezionata e materasseria, contrattualmente definita e prevista nella "scheda di dotazione", che deve essere giornalmente presente presso le Unità Operative/Servizi/Ambulatori/Blocchi Operatori tale da coprire le esigenze di consumo giornaliero stimate.

5) SCHEDA DI DOTAZIONE

Documento di riferimento riportante le informazioni fondamentali per il corretto svolgimento del servizio di lavanolo quali la dotazione prevista suddivisa per singolo articolo, gli orari di consegna e ritiro per ogni Unità Operativa/Servizio/Ambulatorio/Blocchi Operatorio...

6) SCORTA

Riserva di biancheria piana, confezionata e materasseria stoccata presso i locali di guardaroba e necessaria a far fronte ad eventuali emergenze presso le Unità Operative/Servizi/Ambulatori/Blocchi Operatori.

7) GUARDAROBA

Area localizzata all'interno dell'Azienda Sanitaria in cui, in relazione alla logistica della distribuzione interna della biancheria piana, confezionata, materassi e cuscini si organizza la movimentazione del materiale da gestire.

8) QUALITA'

E' la conformità alle specifiche, quest'ultime intese come quell'insieme di caratteristiche, proprietà, e requisiti che deve possedere un bene o un servizio e che sono state pattuite (esplicitamente o implicitamente) nel rapporto contrattuale fra cliente e fornitore.

9) NON CONFORMITA'

Mancato soddisfacimento di un requisito specificato in uno o più dei seguenti documenti: C.S.A., contratto, offerta tecnica.

10) CONTRADDITTORIO

Confronto di merito fra la Stazione Appaltante e la Ditta Appaltatrice del servizio di lavanolo per la constatazione di un particolare evento che nella resa/ricevimento del servizio coinvolge le responsabilità dei soggetti coinvolti (non conformità, consegna materiale pulito, quantificazione capi danneggiati da utilizzi impropri, etc ...).

11) CONTRODEDUZIONE

Spiegazione che la Ditta Appaltatrice è tenuta a fornire alla Stazione Appaltante, o viceversa, nei tempi previsti (riferimenti a documenti), in merito alle cause che hanno generato una non conformità e alle soluzioni adeguate per rimediare.

12) MODALITA' D'USO

L'insieme delle specifiche che definiscono le modalità con le quali utilizzare un manufatto affinché siano originate le prestazioni da esso ottenibili che sono previste dal costruttore.

13) LAVAGGIO

Processo attuato con utilizzo di acqua additivata con opportune sostanze detergenti, atto a rimuovere lo sporco (fisico, chimico, organico) da un manufatto (esempio: capo o manufatto di teleria o di materasseria) o da una superficie (pavimenti, pareti).

14) DISINFEZIONE

Processo attraverso il quale si ha la riduzione di germi patogeni in fase vegetativa a livelli di sicurezza.

15) RICONDIZIONAMENTO

Processo attraverso il quale un manufatto riutilizzabile che ha perso i previsti requisiti (a seguito dell'uso o per altre cause) viene "rimesso a nuovo", e cioè vengono riconferiti al medesimo tutti i sopra citati requisiti necessari a soddisfare le specifiche previste dall'uso a cui è destinato. Tale processo consisterà in un insieme concatenato di attività, consistenti nel pulire e/o lavare e/o disinfettare il manufatto, controllare se possiede ancora i requisiti fisico-meccanici che lo rendono atto ad un ulteriore utilizzo, sottoporlo ad eventuale manutenzione, conferirgli il finissaggio previsto.

16) STABILIMENTO DI RICONDIZIONAMENTO

Impianto che riceve manufatti tessili riutilizzabili usati, e in quanto tali potenzialmente sporchi e contaminati (capi di teleria, vestiario, materassi e guanciali), e nel quale, attraverso opportuni processi, si attua il ricondizionamento dei manufatti stessi.

17) SERVIZIO DI LOGISTICA INTEGRATA DEI MANUFATTI TESSILI E DEGLI ACCESSORI PER ATTIVITA' SANITARIE O AUSILIARIE

Servizio di logistica comprensivo della fornitura e dei

rifornimenti continuativi, direttamente a ciascun centro di utilizzo della struttura servita (a noleggio per quelli pluriuso) di tutti i manufatti tessili in oggetto, del ritiro e del ricondizionamento dei manufatti usati riutilizzabili, nonché della gestione del guardaroba e/o dei depositi dei manufatti stessi.

ELENCO ALLEGATI

- Allegato A: elenco di centri di utilizzo
- Allegato B: descrizione delle divise
- Allegato C: calzature e D.P.I. , articoli monouso
- Allegato D: codici colore dei sacchi di contenimento della biancheria e materasseria sporche

ALLEGATO A	
ELENCO DEI CENTRI DI UTILIZZO	
Centri di utilizzo	Frequenza ritiro/consegna
OSPEDALE DI	
- Reparto di	
- Reparto di	
- Comparto operatorio di	
PRESIDIO SOCIO-SANITARIO DI .	
- punto di ritiro/consegna presso	

ALLEGATO B

PREMESSA

La descrizione delle divise e il dato relativo al numero dei cambi minimi, hanno valore indicativo e quindi vogliono fungere da esempio, ad eccezione di quanto viene previsto da normativa specifica su particolari indumenti (es:divise operatori 118)

Per tutte le divise si è scelto il bianco perché è il colore che più di ogni altro permette all'operatore di individuare eventuali tracce di sporco.

Tutte le divise devono essere personalizzare sia per quanto riguarda la categoria professionale d'appartenenza, sia inserendo in ogni capo il nominativo dell'operatore che la utilizza.

Per quanto attiene alle caratteristiche merceologiche dei tessuti, le specifiche sono da ricondursi al capitolo.

n. 1 Medico, Biologo, Chimico, Fisico, Farmacista, Veterinario

Descrizione articolo	cambi min settimanali	Colore
Casacca m/c unisex con scollo a V	3	Bianco
Calzone uomo	3	"
Calzone donna con elastico	3	"
Camice m/l unisex con elastico ai polsi, bottoni sul davanti	3	"

n. 2 Coordinatore Infermieristico

Descrizione articolo	cambi min settimanali	Colore
Casacca m/c unisex	3	Bianco profilo rosso
Calzone uomo	3	Bianco
Calzone donna	3	"

n. 3 Infermieri

Descrizione articolo	cambi min settimanali	Colore
Casacca m/c unisex	3	Bianco profilo Celeste
Calzone uomo	3	Bianco
Calzone donna	3	"

n. 4 Operatori Tecnici Addetti all'Assistenza

Descrizione articolo	cambi min settimanali	Colore
Casacca m/c unisex	3	Bianco profilo verde
Calzone uomo	3	"
Calzone donna	3	"
Giacca a vento per trasporti esterni	Un cambio a stagione	Verde

n. 5 Ausiliari Sociosanitari

Descrizione articolo	cambi min settimanali	Colore
Casacca m/c unisex	3	Bianco profilo grigio

Calzone uomo	3	Bianco
Calzone donna	3	"
Giacca a vento per chi effettua movimentazione di materiale.	Un cambio a stagione	Grigio

n. 6 Ostetriche

Descrizione articolo	cambi min settimanali	Colore
Casacca m/c unisex	3	Bianco profilo blu
Calzone uomo	3	Bianco
Calzone donna	3	"

n. 7 Personale Medico ed Infermieristico di Malattie Infettive, Terapia Intensiva, Rianimazione, Ambienti a Bassa Carica Microbica, Blocchi Operatori, Centrali di Sterilizzazione

Descrizione articolo	cambi min settimanali	Colore
Casacca m/c unisex	2	Divisa bianca nel rispetto del profilo professionale
Calzone uomo bianco/colorato	2	"
Calzone donna bianco/colorato	2	"
Divisa in tessuto misto*	5	azzurro
Felpa (per gli operatori dei blocchi operatori)	2	azzurro

* Il tessuto misto è da preferire al cotone per evitare il rilascio particellare che porta a perdita di colore.

n. 8 Tecnici di Radiologia, Periti di Fisica Sanitaria, Logopedisti, Ortottisti, Tecnici di Neurofisiopatologia, Protesista, Tecnici ECG. Stabularisti, Odontotecnici, Audiometristi.

Descrizione articolo	cambi min settimanali	Colore
Casacca m/c unisex	3	Bianco profilo Verde acqua
Calzone uomo	3	Bianco



Calzone donna	3	“
Felpa per TSRM che lavorano con le alte tecnologie	1	“

n. 9 Tecnico Sanitario Radiologia Medica della Radiologia d'Urgenza

Descrizione articolo	cambi min settimanali	Colore
Casacca m/c unisex	5	Bianco profilo Verde acqua
Calzone uomo	5	Bianco
Calzone donna	5	“

n. 10 Tecnici di Laboratorio e Istopatologia

Descrizione articolo	cambi min settimanali	Colore
Casacca m/l unisex	5	Bianco profilo Verde acqua
Casacca m/c unisex	5	“
Calzone uomo	5	Bianco
Calzone donna	5	“

n. 11 Terapisti della Riabilitazione e Massofisioterapisti.

Descrizione articolo	cambi min settimanali	Colore
Casacca m/c unisex	3	Bianco profilo Beige
Calzone uomo	3	Bianco
Calzone donna	3	“
Maglietta m/c unisex	3	“
Polo per riabilitazione	3	“

n. 12 Operatore Professionale Dirigente, Dietista e Assistenti Sociali

Descrizione articolo	cambi min settimanali	Colore
Camice m/l unisex	3	Bianco

n. 13 Meccanici, Elettrecisti, Idraulici, Verniciatori**, Imbianchini**, Vetrai***, Serramentisti***, Falegnami, Magazzinieri *, Disinfestatori *, Addetti al trasporto interno di materiali *

Descrizione articolo	cambi min settimanali	Colore
Polo m/c estiva	3	Azzurra
Camicia invernale	3	Azzurra
Calzone uomo	3	Blu
Calzone donna	3	Blu
Calzone uomo/donna invernale*	3	Blu
Felpa	2	Blu
Giacca a vento	2 cambi a stagione	Blu
Tuta impermeabile**		
Paragrembo antitaglio***		

n. 14 Giardinieri

Descrizione articolo	cambi min settimanali	Colore
Polo m/c estiva	5	Verde
Camicia invernale	5	Verde
Calzone uomo	5	Verde
Calzone donna	5	Verde
Calzone uomo/donna invernale	5	Verde
Felpa	3	Verde
Giacca a vento	2 cambi a stagione	Verde

n. 15 Muratori

Descrizione articolo	cambi min settimanali	Colore
Polo m/c estiva	3	Cachi
Camicia invernale	3	Cachi
Calzone uomo	3	Cachi
Calzone donna	3	Cachi
Calzone uomo/donna invernale	3	Cachi
Felpa	2	Cachi
Giacca a vento	2 cambi a stagione	Cachi

n. 16 Cuochi

Descrizione articolo	cambi min settimanali	Colore
Casacca m/c unisex	7	Bianca
Calzone uomo	7	Bianco a quadrettini neri
Calzone donna	7	Bianco a quadrettini neri
Grembiule	7	Bianco
Berretto e Cuffie	7	Bianco

n. 17 Assistenti Sanitarie

Descrizione articolo	cambi min settimanali	Colore
Casacca m/c unisex	3	Bianco profilo Celeste
Calzone uomo	3	Bianco
Calzone donna	3	“
Camice unisex m/l	3	Bianco profilo Celeste

n. 18 Personale Amministrativo

Descrizione articolo	cambi min settimanali	Colore
Camice m/l unisex	3	Beige

n. 19 Portieri, Autisti

Descrizione articolo	cambi min settimanali	Colore
Giacca con pantalone/gonna	2 invernali e 2 estivi	Blu
Camicia	5	Azzurro chiaro
Golfino	2	Blu
Cravatta con logo aziendale	2	
Giaccone con imbottitura staccabile	Un cambio a stagione	

n. 20 Personale Religioso

Descrizione articolo	Cambi min settimanali	Colore
Abito secondo l'ordine di appartenenza	3	

n. 21 Operatori sanitari addetti al trasporto interno dei pazienti con ambulanza. (Per ospedali a padiglioni).

Descrizione articolo	cambi min settimanali	Colore
Calzone invernale con doppie tasche laterali uomo	3	Blu
Calzone invernale con doppie tasche laterali donna	3	“
Calzone estivo con doppie tasche laterali uomo	3	“
Calzone estivo con doppie tasche laterali donna	3	“
Camicia cotone m/c unisex	3	Celeste
Camicia cotone m/l unisex	3	“
Maglia in pile m/l collo alto con cerniera unisex	3	Blu
Giacca a vento idrorepellente e traspirante unisex blu	3	“

N.B. Gli indumenti devono essere dotati di bande ad alta visibilità.

Per quanto riguarda gli operatori addetti al soccorso/trasporto dei pazienti su strada la vestizione è regolamentata dal D.Lgs 475/92, dal D.Lgs 626/94 e dal codice della strada e dal D.M. 9 giugno 1995 - Disciplinare tecnico sulle prescrizioni relative ad indumenti e dispositivi autonomi per rendere visibile il personale impiegato su strada in condizioni di scarsa visibilità.-

Profilo professionale	Operatori Tecnici	
1)	Operatori Tecnici di Coordinamento Ambulanze e SUEM 118	
Descrizione articolo	Cambio	Colore
Giaccone certificato EN 471 Classe III ed ENV 343 realizzato in tessuto impermeabile traspirante antivento. Allacciatura anteriore con cerniera a doppio cursore coperta da paramonture sovrapposte chiuse con bottoni a pressione o velcro. Collo alto a fascia interna. Cappuccio a scomparsa nel collo. Maniche a giro e polso regolabile con velcro. Tasche chiuse con pattine. Tascone portaradio. Coulisce inerna in vita. Bande retroreflettenti a norma EN 471	bimestrale	Rosso
Corpetto certificato EN 471 Classe 2 realizzato in materiale termico e tessuto fluorescente in poliestere e cotone. Allacciatura anteriore con cerniera raccordabile al giaccone. Collo a fascetta. Maniche a giro staccabili con polsi in maglina. Tasche a filetto chiuse con serniera. Bande retroreflettenti a norma EN 471	mensile	Rosso
Copripantalone certificato EN 471 Classe 2 ed ENV 343 realizzato in tessuto impermeabile, traspirante e antivento. Chiusura anteriore con cerniera. Interno foderato. Bande retroreflettenti a norma EN 471	mensile	Rosso
Giubbotto certificato EN 471 Classe 3 realizzato in cotone e poliestere. Allacciatura anteriore con cerniera. Collo alto a fascia intera. Maniche lunghe a giro staccabili. Polso con elastico. Taschino portapenne sulla manica. Tasche oblique con cerniera. Tasca sul petto chiusa con velcro. Maniglie di soccorso sulla spalle. Bande retroreflettenti a norma EN 471	mensile	Rosso
Gilet certificato EN 471 Classe 2 realizzato in poliestere e cotone. Allacciatura anteriore con cerniera. Tasca portaradio. Tasca portapenne sul petto. Bande retroriflettenti a norma EN 471	mensile	Rosso
Calzone certificato EN 471 Classe 2 realizzato in poliestere e cotone. Chiusura anteriore con cerniera ed elastico posteriore in vita. Tasche oblique. Tasca posteriore. Tasconi laterali chiuse con pattine con velcro. Bande retroriflettenti a norma EN 471	mensile	Rosso
Maglia in piquet di cotone Collo calato a costina. Fessino tagliato non riportato. Due bottoni e asole. Manica corta finita a costina	mensile	Blu
Maglia in pile Apertura sul davanti con cerniera. Collo alto. Maniche a giro con elastico ai polsi	mensile	Blu
Camicia di cotone Botton down. Spalline. Manica lunga	3 volte / settimana	Bianco
Berretto tipo baseball con aletta Tessuto fluorescente poliestere/cotone. Misura unica regolabile	mensile	Rosso

ALLEGATO C

CALZATURE E D.P.I. , ARTICOLI MONOUSO

caratteristiche tecniche di massima dei dispositivi

1) CALZATURE E DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALI

A) PROTEZIONE DEI PIEDI (CALZATURE DI SERVIZIO O D.P.I.)

Figure professionali	Calzature chiuse	Ciabatte	Zoccoli

B) PROTEZIONE DEL CORPO

1. GREMBIULE IN PVC
2. GREMBIULE IN RETE METALLICA
3. CAMICE MONOUSO NON STERILE
4. PANTALONI MONOUSO NON STERILI
5. TUTA MONOUSO IN TYVEK

C) PROTEZIONE DEL CAPO

1. ELMETTO

D) PROTEZIONE DEGLI OCCHI

1. OCCHIALE A MASCHERINA
2. VISIERA CON CALOTTINA

E) PROTEZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE

1. MASCHERINA FACCIALE ANTIPOLVERE - FFP1
2. MASCHERINA FACCIALE ANTIPOLVERE - FFP2
3. MASCHERINA FACCIALE ANTIPOLVERE - FFP3

4. SEMIMASCHERA FACCIALE A DOPPIO FILTRO

5. MASCHERA ANTIGAS A PIENO FACCIALE

6. MASCHERINA FACCIALE TNT 3 STRATI CON VISIERA

7. MASCHERINA FACCIALE TNT 4 STRATI CON VISIERA

F) PROTEZIONE DELL'UDITO

1. INSERTI AURICOLARI

2. CUFFIA AFONICA

G) PROTEZIONE DELLE MANI

1. GUANTI ANTITAGLIO IN KEVLAR
2. GUANTI ANTITAGLIO IN PARA
3. GUANTI DIELETTRICI
4. GUANTI ANTIACIDO
5. GUANTI ANTICALORE
6. GUANTI UNIVERSALI DA LAVORO IN PELLE
7. GUANTI MONOUSO NON STERILI IN LATTICE
8. GUANTI IN NITRILE
9. GUANTI IN VINILE
10. GUANTO ANTITAGLIO PER MACELLAI
11. GUANTI IN FILO DI COTONE

H) PROTEZIONE SQUADRA ANTINCENDIO

1. TUTA INTERA
2. GIACCONE
3. ELMETTO
4. STIVALE ANTICALORE
5. GUANTI ALTE TEMPERATURE

2) ARTICOLI MONOUSO NON STERILI

1. SOVRASCARPE IN POLIETILENE GOFFRATO
2. CUFFIA ROTONDA IN TNT CON ELASTICO

3. COPRICAPO A CALOTTA IN TNT
4. COPRICAPO INTEGRALE IN TNT
5. MASCHERINA CHIRURGICA 3 STRATI CON LACCI
6. CAMICI TNT NON STERILI PER VISITATORI
7. CAMICI TNT NON STERILI ELEVATA PROTEZIONE
8. GAMBALE MONOUSO PER IPOTERMIA ADULTO
9. TELO MONOUSO PER IPOTERMIA 120x120 cm
10. TELO MONOUSO PER IPOTERMIA 120x210 cm
11. SET 2 LENZUOLA + FEDERA IN TNT NON STERILE
12. SACCO PER RACCOLTA BIANCHERIA SPORCA
13. SACCO IN POLIETILENE PER BIANCHERIA INFETTA
14. SACCO IN POLIETILENE PER MATERASSO INFETTO
15. SACCO IN POLIETILENE PER GUANCIALE INFETTO

ALLEGATO D

CODICI COLORE DEI SACCHI DI CONTENIMENTO DELLA BIANCHERIA E MATERASSERIA SPORCHE

AZZURRO	• Biancheria piana bianca
GIALLO	• Vestiario bianco del personale
ARANCIONE	• Coperte di lana
ROSSO	• Capi di biancheria o materasseria dichiaratamente a rischio infettivo
VERDE	• Capi di biancheria piana verde in cotone
MARRONE	• Vestiario verde in cotone del personale
LILLA O VIOLA	• Capi di biancheria piana e confezionata in tessuti tecnici (microfibra, trilaminati)

MAGGIOR SICUREZZA CON ANTARES SECURITY



Antares security

La nuova linea di carrelli multiuso in polipropilene e ABS Antares Security viene proposta in sei versioni diverse. **I carrelli Antares Security sono ideati per essere inseriti in ambienti di grande passaggio (esempio: ospedali, scuole, aeroporti, centri commerciali, ecc.) in quanto consentono di disporre tutta l'attrezzatura e prodotti chimici con ordine e al riparo da possibili sottrazioni improprie.**







L'evoluzione continua.



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

Pulizie civili

Pulizie e sanificazioni ospedaliere

Pulizie industriali

Pulizie tecniche

Manutenzione e gestione magazzini

Raccolta, selezione e trasporto rifiuti urbani, assimilabili e speciali



 **Palmar**
SERVIZI AMBIENTALI INTEGRATI

una leadership torinese
la risposta tutta italiana nel settore dei servizi

SINCERT
SISTEMI INTEGRATI

[CERTO]
di SAI
1000000000

[CERTO]
di ANS 26
1000000000

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

Tel. 011 9552500 r.a. - Fax 011 9571077 - Email info@palmar.net - www.palmar.net

Ufficio Centro Fiere Lingotto - Via Nizza, 294 - 10126 Torino - Tel. 011 5644266 - Fax 011 5634647

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

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



studio amadei
CONSULENZA E FORMAZIONE PER I SERVIZI DI PULIZIA

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



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

predefinizione degli elementi e dei criteri di valutazione

elaborazione griglia di controllo

gestione del piano di campionamento

esecuzione a sorte dei controlli

determinazione dei risultati

elaborazione bilanci statistici dei risultati

Partner distributivo per il Sud Italia



SERVIDEA

Servizi di Pulizia



GABRIELE LUCIANO FRACASSO: UN UOMO DI DIREZIONE OSPEDALIERA

La nostra associazione è stata nutrita da numerose figure che hanno contribuito alla sua storia. Non si tratta semplicemente di medici di Direzione Ospedaliera ma soprattutto di uomini che hanno creduto nella nostra professione e che, nonostante i cambiamenti che il nostro ruolo ha avuto nel corso del tempo, restano comunque degli esempi per i giovani che vogliono intraprendere questa dura ma stimolante carriera. Tra questi il Dott. Gabriele Luciano Fracasso che nasce il 15 ottobre 1931 ad Acquisanta Terme, in provincia di Ascoli Piceno, dove il padre Paolo era medico condotto. Segue la famiglia a Genova e a Trento, per poi stabilirsi a Roma dove frequenta l'Università e si laurea in Medicina e Chirurgia il 3 marzo 1956. Consegue la specializzazione in gastroenterologia, si specializza in seguito anche in Igiene, Igiene e Tecnica Ospedaliera ed in malattie infettive. Dalla laurea in poi frequenta l'Istituto di Igiene dell'Università di Roma, dove diventa Assistente Volontario nel 1965 e dove consegue la Libera Docenza in Igiene nel 1969. Medico Provinciale presso l'Ufficio

del Medico Provinciale di Roma dal 1959 al 1968, ha anche diretto per brevi periodi l'Ufficio del Medico Provinciale di Rieti, di Trento e l'Ufficio di Sanità Marittima di Livorno.

Dal 1° gennaio 1969 è direttore Sanitario dell'Ospedale San Giovanni Evangelista di Tivoli, fornendo un contributo importante al rinnovamento dell'Ospedale stesso. Nel 1975, dopo un breve periodo come Direttore sanitario dell'Ospedale Nuovo Regina Margherita, diventa Direttore del Pio Istituto di Santo Spirito di Roma nell'Ospedale San Filippo Neri. In questo periodo partecipa attivamente ai numerosi cambiamenti della Sanità romana, dallo smembramento del Pio Istituto alla creazione della USL, ricoprendo anche cariche di Sovrintendente Sanitario e di Coordinatore Sanitario della USL.

Nel 1989 diviene Sovrintendente Sanitario degli Istituti Fisioterapici Ospedalieri, comprendenti l'Istituto di Ricovero e Cura a carattere Scientifico Regina Elena per lo studio e la Cura dei Tumori e l'Istituto Dermatologico San Gallicano.

Durante questo periodo si occupa prevalentemente del completamento dell'Ospedale Sant'Andrea, all'epoca destinato appunto agli Istituti Fisioterapici Ospedalieri ed

attualmente sede della seconda università di Roma.

Nel 1995 diviene Direttore sanitario aziendale della ASL Roma B, l'anno dopo diviene prima Direttore sanitario e poi Consigliere di Amministrazione dell'Ospedale San Giovanni Calibita Fatebenefratelli, incarico che ricopre fino a tutto il 1999.

Nel 2000 presta la sua opera come consulente dell'Agenzia dei Servizi Sanitari Regionali.

Persona indubbiamente eclettica, svolge anche attività come Medico di Bordo della Marina Mercantile, effettuando viaggi in Australia, Sud africa, Medio ed Estremo Oriente, come medico sportivo, come consulente del Tribunale di Roma.

Costantemente impegnato nell'attività scientifica e nel diffondere la cultura dell'Igiene e della direzione Ospedaliera, anche attraverso l'ANMEDO, è stato anche professore alla Scuola di Specializzazione in igiene e Tecnica Ospedaliera presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Autore di circa 50 pubblicazioni scientifiche, di capitoli di libri, e relatore ad innumerevoli congressi.

Durante la sua carriera consegue numerosi riconoscimenti per il suo impegno nella Sanità Pubblica, tra cui la Medaglia di Bronzo al merito della Sanità Pubblica nel 1967, e il Premio simpatia del Comune di Roma nel 1999.

E' stato maestro per numerosi allievi, oggi affermati Direttori a loro volta.

Il Giorno 11 dicembre 2001, dopo numerosi interventi chirurgici e terapie mediche e radianti, affrontate con esemplare forza e dignità, perde la sua lotta personale contro il cancro.

*Finalmente la risposta
al rischio biologico*

NAC300SV

*Scientificamente testati
superano la prova
di resistenza*

*al batteriofago
PHIx174*



 **Vacatur**
International
Import Export s.r.l.

Strada delle Merse 1/A
41012 Casone di Sempellto (MO) Italy
Tel. +3904271.643822
E-mail: vacatur@vacatur.it

ENTRARE IN OSPEDALE, USCIRE DAL RISCHIO

Ponzi presenta i sistemi di chiusura TOS: semplicità, sicurezza e massima funzionalità le tre carte vincenti.

La gamma di prodotti utilizzata negli ospedali è estremamente varia. Infatti, oltre ai prodotti per compartimentare i teatri operatori, settore nel quale la ditta Ponzi si pone ai vertici del mercato come produttore di ingressi sterili, viene altresì utilizzata la vasta gamma di porte per l'entrata in ospedali e case di cura. Porte scorrevoli lineari antipánico tipo TOS, dove sono richieste vie di fuga, adatte anche per zone di traffico veramente intenso, per il passaggio dei disabili e delle barelle per il trasporto dei pazienti. La porta automatica lineare Ponzi TOS, installata anche presso l'Azienda Sanitaria di Vaio, è stata testata da un apposito Ente Certificatore che ne ha attestato l'idoneità all'uso per uscite di sicurezza aventi anche funzione di via di fuga in alternativa alle tradizionali porte a battente manuali dotate di maniglione antipánico. Le ante in esercizio normale sono apribili a battente, ribaltabili verso l'esterno in caso di emergenza o panico con una semplice pressione manuale. L'automatismo garantisce il raccoglimento laterale delle ante. Il dispositivo di apertura delle ante a 90° assume funzione di dispositivo antipánico e di sicurezza. Questo sistema è stato utilizzato anche presso il Policlinico di Modena per la suddivisione interna degli ambienti, perché adatto a movimentare intere pareti per il passaggio di macchinari sanitari ingombranti ed il layout interno del personale ospedaliero e degli assistiti.

M.U.



IL LAVAGGIO IN SICUREZZA

L'acquisizione di HAMO da parte di STERIS, avvenuta nell'aprile 2003, ha dato vita a una sinergia virtuosa. Oggi l'azienda è in grado di fornire una completa scelta di sistemi di lavaggio di ultima generazione.

La società HAMO e' stata fondata nel 1958 ed ha sede in Svizzera nei pressi di Berna. HAMO ha una lunga tradizione ed esperienza nella produzione di sistemi di lavaggio in ambito ospedaliero ed extra ospedaliero. Nel mese di aprile 2003, la società è stata acquisita da STERIS Corporation. La gamma dei prodotti HAMO STERIS include sistemi di lavaggio di ultima generazione. Le lavastumenti ed il sistema di lavaggio carrelli sono costruiti in conformità alle normative vigenti: la certificazione di validazione può essere rilasciata su tutte le apparecchiature. Ogni lavastumento può essere dotata di differenti cestelli di carico; possono essere trattati strumentario chirurgico, strumentario endoscopico, per anestesia e vetterie. Un cestello per il lavaggio ad ultrasuoni è disponibile per effettuare un ciclo con la lavastumenti: l'opzione permette di ottimizzare gli spazi disponibili nell'area di sterilizzazione e favorisce l'operatività dell'utilizzatore. I sistemi di lavaggio sono disponibili nella versione a porta singola o doppia con riscaldamento elettrico o a vapore.

G.F.



QUARANT'ANNI DI ESPERIENZA E KNOW-HOW

Lidi Service srl ha partecipato attivamente all'importante progetto "We CareForum ITC".

Lidi Service S.r.l. ha partecipato attivamente, in collaborazione con l'organismo di certificazione Cermet, Jack Blutharsky Group e Biascom, al "We Care Forum ITC". Il progetto, finanziato in parte dalla Regione Emilia Romagna, è nato per la stesura delle linee guida per la definizione del rapporto tra il cliente (la struttura sanitaria ospedaliera) e la catena dei fornitori direttamente coinvolti nell'espletamento del servizio integrato di logistica interna, di lavaggio e di fornitura di kit sterili per sala operatoria. Tale progetto ha visto la Società Lidi Service S.r.l., azienda presente sul mercato da più di 40 anni, impegnata in prima linea nella stesura del documento che è stato discusso in diversi incontri programmati durante lo svolgimento dei lavori e trasmesso per l'approvazione agli organi competenti. L'obiettivo del documento è quello di disegnare un rapporto cliente-fornitore dinamico ed interattivo ove il fornitore sia in grado di gestire le esigenze di mutevolezza dei bisogni e delle richieste del mercato attuale. In questa ottica assumono particolare rilievo sia i processi gestionali di pianificazione strategica e definizione degli obiettivi, aspetti fortemente valorizzati dalla norma UNI EN ISO 9001:2000, ma soprattutto l'utilizzo di strumenti informatici che possano agevolare l'interazione dinamica con il cliente. "We care forum ITC" è la piattaforma tecnologica che rende possibile il funzionamento di un mercato virtuale dove domanda ed offerta possono interagire in maniera dinamica. La mission di Lidi Service prende in tal modo una forma concreta grazie alla partecipazione ad importanti iniziative come quella appena enunciata.

Infatti l'azienda crede fermamente che la sua ragion d'essere sia quella di fornire un servizio completo ed integrato ove ogni problema del cliente diventa un'opportunità di fornitura di un servizio che si basi sulla presenza quotidiana dell'azienda all'interno delle strutture del cliente.

F.G.

SISTEMI DI STERILIZZAZIONE DISINFEZIONE LAVAGGIO



ALTOCLAVI



TERMOCIRCOLATORI



ITINERIS

Software di Sterilizzazione



NCS-WEB

Software di Sterilizzazione



RMS

Software di Sterilizzazione

SOFTWARE



SERVIZIO
ASSISTENZA CLIENTI



LAVASTERILIZZAZIONE
ENDOSCOPICI



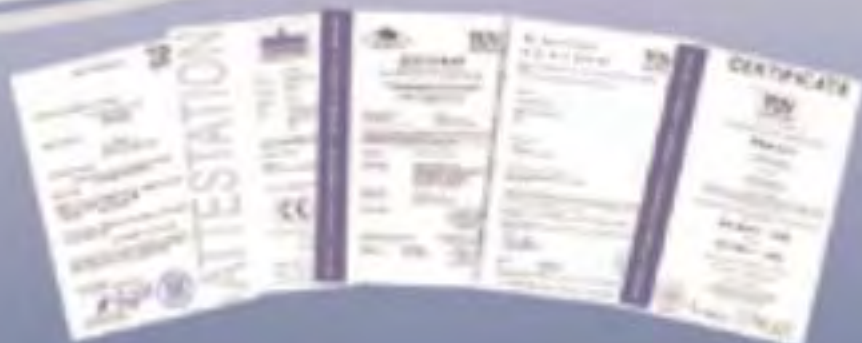
LAVACCESSORI



PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE
CENTRALI DI STERILIZZAZIONE



ARREDI



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

UN NOLEGGIO DI QUALITA'

La Service Med Srl risponde alle esigenze del cliente, offrendo consulenza e soluzioni su misura.

La Service Med S.r.l., con sede a Bussolengo, in provincia di Verona, è attiva da oltre dieci anni nell'ambito delle forniture di prodotti e servizi ospedalieri, con l'obiettivo di fornire risposte appropriate ed evolute alle crescenti esigenze della collettività nell'ambito medicale. La specializzazione che contraddistingue l'azienda è il servizio di noleggio di sistemi antidecubito evoluti ad altissima tecnologia, che vanno dall'altissima terapia alla prevenzione, dal trattamento degli ustionati alle problematiche respiratorie e spinali, attualmente dispone di oltre 3000 sistemi nelle diverse tipologie, consentendo la gestione di oltre 2000 pzt al giorno. I servizi integrati post-vendita garantiscono un ottimale gestione operativa degli oltre 400 sistemi antidecubito di proprietà dei maggiori clienti, tra cui Aziende Ospedaliere, Aziende ULS, Servizi Domiciliari integrati (ADI), Case di Cura, Residenze per Anziani e soggetti privati. Di alto livello è l'offerta di una consulenza tecnico-clinica in grado di rispondere alle specifiche necessità del cliente, definendo attraverso studi, analisi, monitoraggio e controllo le effettive esigenze e la soluzione più efficace in termini di costo-beneficio. I clienti che usufruiscono del servizio di noleggio di sistemi antidecubito possono accedere, attraverso una password personale di collegamento internet, al nuovo servizio informativo in grado di visualizzare la loro posizione aggiornata dello stato di servizio, sia per quanto riguarda il numero e la dislocazione dei noleggi in corso che per quelli chiusi. Completa anche la gamma di prodotti per l'allettamento e la mobilitazione dei pazienti nonché prodotti e servizi per la profilassi intra e post operatoria della trombosi venosa profonda negli arti inferiori. arrivando al trattamento di oltre 4500 pzt l'anno. La Service Med S.r.l., il cui obbiettivo è di garantire la migliore trasparenza e affidabilità dei servizi offerti ai propri Clienti, ha conseguito nel 1999 la Certificazione di Qualità Aziendale, attraverso il SINCERT e l'Ente certificatore DNV, secondo gli standard UNI EN ISO 9002 ed UNI CEI EN 46002. L'azienda, attraverso il centro studi e ricerche di un gruppo di società specializzate in servizi rental, partecipa alla promozione e sviluppo di soluzioni di servizi tecnologici evolutivi nell'ambito ospedaliero e domiciliare.

F.G.



GES GROUP s.p.a. | Strada Broletto, 14 | 37136 VERONA
Tel. +39 045 900420 | Fax +39 045 900421
www.gesgroup.it | email info@gesgroup.it



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



American Laundry Ospedaliera

I NOSTRI SERVIZI

- trasporto
- gestione guardaroba
- sterilizzazione
- decontaminazione e lavaggio
- noleggio materiali

La società American Laundry Ospedaliera, noleggiatore esperto ed all'avanguardia, aiuta l'ospedale e le strutture private ad avere una migliore cura del servizio in termini di maggiore funzionalità ed efficacia a costi più bassi. American Laundry Ospedaliera offre esperienza e specializzazione, sia nella fornitura che nella manutenzione degli articoli tessuti in uso, ben più qualificatamente di qualsiasi altro metodo alternativo. La riduzione della responsabilità amministrative è uno dei principali vantaggi derivanti dal servizio di lava - stiro.



www.americanlaundry.it | info@americanlaundry.it

VIA CIRCONVALLAZIONE ESTERNA TRAVERSA PRIVATA LETTBERI | 80057 NELLITO (NA) | TELEFONO DAL 701 55 31 000 | FAX DAL 701 55 31 000



STERIL S.P.A.

Impianti di Produzione
di Acqua Sanitaria e
Controllo delle Infezioni
di Origine Idrica

Convalida dei Processi,
Progettazione e Gestione
Centri di Sterilizzazione

Valutazione della Qualità
Ambientale in Ambito Sanitario

Monitoraggio Continuo
Informatizzato
dei Gas Anestetici
in Ambienti a Rischio



Viale Spagna, 6 - Zona Industriale
72010 Sottile - Lecce

Ph: +39 0832_364336 - Fax: +39 0832_363450
www.sterilspa.it - info@sterilspa.it



UN OLE' SEMPRE PIU' ...ESSENZIALE!

Si scoprono piano piano, passo dopo passo le straordinarie prerogative di Olé Essenza, l'innovativo formulato di casa Rubino disponibile in un'ampia gamma di differenti profumazioni. Moltissimi sono, infatti, gli utilizzatori finali che hanno scoperto che Olé non si limita ad essere un semplice deodorante e neutralizzatore di odori, ma è ben di più: un pulitore/antistatico che svolge al meglio le funzioni di detergente. Una o due spruzzate, diluite in un secchio d'acqua, bastano a pulire e lasciare lucide le superfici, assicurando igiene e percezione di pulito e di fresco in tutti gli ambienti. Un solo prodotto, innumerevoli funzioni: non ultima quella di antistatico per mobili, porte, infissi. E' infatti sufficiente spruzzare il prodotto su uno straccio umido e passare sulle superfici per ottenere brillantezza e pulito. Si tratta, in sintesi, di un prodotto ad ampio spettro, ideale anche per l'applicazione in ambito sanitario. Grazie alle sue caratteristiche di pulitore e neutralizzatore di odori, infatti, è un valido aiuto in grado di preservare il decoro e la dignità personale dei degenti e il benessere di chi li circonda in luoghi come case di riposo e di cura, in cui il problema dei cattivi odori è particolarmente sentito. Un ruolo sempre più essenziale, quindi, anche in sanità: perché il rispetto della persona e dell'ambiente non ha prezzo.

F.G.

FINALMENTE UNA VERIFICA OGGETTIVA!

Miele e Merck hanno sviluppato un test rapido per il rilevamento dei residui di proteine sullo strumentario. Il trattamento viene eseguito soprattutto nelle macchine automatiche per il lavaggio e la disinfezione. Finora i risultati di lavaggio venivano testati solo visivamente per cui un controllo di qualità degli strumenti complessi e sottili, di una disciplina in costante crescita come la chirurgia mininvasiva, risultava sempre meno possibile. Spesso problematico risulta anche differenziare i residui, eventualmente presenti sugli strumenti, vale a dire definire se si tratta, per esempio, di sostanze chimiche, sostanze presenti nell'acqua oppure materiale incrostato risalente ad un intervento precedente. Poiché lo sporco derivante da interventi su pazienti, come sangue o tessuto, è sempre ricco di proteine, la direttiva prEN ISO 15883-1 raccomanda un test che misuri i residui di proteine e quindi consenta di verificare l'efficacia del lavaggio, ancor prima di quella di disinfezione. Miele, quale leader nel settore della produzione di macchine per il lavaggio e la disinfezione, ha sviluppato in collaborazione con la ditta Merck, di Darmstadt, un test rapido per la ricerca delle proteine, un cosiddetto Kit per test con l'ausilio del quale, in meno di sette minuti, è possibile valutare la qualità del lavaggio in macchina di uno strumento. Il Kit per test contiene 48 contenitori chiusi, contenenti un reagente. È quindi possibile effettuare 48 differenti test. Per controllare il lavaggio di uno strumento, questo viene dapprima "dilavato" con una quantità ridotta di soluzione detergente; in questo caso la parte maggiore di proteine eventualmente presenti finisce nella soluzione. Un millilitro di questa soluzione viene, quindi, versato in uno dei 48 contenitori. Dopo cinque minuti di attesa si aggiun-

gono: una sostanza in polvere ed una goccia di soluzione reagente. Se la soluzione nel contenitore si colora di rosso-violetto, significa che lo strumento testato non presenta tracce di proteine; per cui il lavaggio è stato eseguito correttamente. Una colorazione più leggera indica invece la presenza di proteine ed una soluzione incolore testimonia una pesante contaminazione dello strumento. In questo caso si consigliano: un nuovo trattamento nonché la ricerca di eventuali cause. La concentrazione approssimativa delle proteine può essere valutata con l'ausilio di una cartina colorata di raffronto, allegata al kit per test. Con un apparecchio di misurazione, offerto dalla ditta Merck, è possibile inoltre effettuare valutazioni più precise.

U.S.

G.F.



COMUNICAZIONE... NUOVA GENERAZIONE

Il nuovo portatile 9d24 Talker di AscCom, distribuito in Italia da Exhibo, è stato pensato e progettato per i luoghi di lavoro che richiedono la massima mobilità delle persone, ma anche la necessità di una comunicazione costante. In ospedale, ad esempio, la necessità di una comunicazione continuativa fra persone e reparti è irrinunciabile. Il 9d24 offre prestazioni in grado di aumentare l'efficienza lavorativa, poiché asseconda gli spostamenti necessari al compimento delle mansioni senza perdere il collegamento. L'impostazione delle funzioni è programmata tramite sim card; aggiornamenti e cambiamenti sono rapidissimi e rendono l'apparecchio immediatamente adatto ad ogni circostanza. Pro-

gettato in un ottica di facilitazione effettiva per chi lo utilizza, offre alcuni servizi vantaggiosi, come l'accesso diretto a un database comune dove reperire i numeri che servono, la possibilità di recuperare chiamate perse semplicemente premendo un tasto, l'uso della propria lingua (ne sono reimpostate ben 11). Ineccepibile la qualità vocale, anche in contesti rumorosi, dove la vibrazione del cordless (ma è disponibile anche un segnale sonoro regolabile in 5 livelli) avverte della chiamata. Il design è curato nei minimi dettagli, il display è grande e luminoso, le dimensioni e il peso lo rendono molto pratico. Fra gli altri vantaggi, la possibilità di integrare le funzioni del sistema con quelle del Messenger e del Protector, le opzioni di messaggistica e sicurezza e la compatibilità con i sistemi Alcatel, Ericsson e AscCom.



DOVE LA SICUREZZA E' TUTTO

Da Euromop, ecco Antares Security: il carrello multiuso ideale per una pulizia sicura negli ambienti ospedalieri.

Euromop Spa propone la nuova linea di carrelli multiuso

Antares Security realizzati appositamente per essere inseriti all'interno di ospedali, case di cura e comunità. Ovvero all'interno di ambienti in cui sono necessarie una pulizia ed una igiene impeccabili, e per l'operatore equipaggiamenti adeguati e sicuri. La linea Antares Security, proposta di serie in sei versioni diverse ma disponibile con una vastità di personalizzazioni in base alle specifiche esigenze dei singoli operatori - rappresenta una garanzia in termini di sicurezza ed igiene. La sicurezza è garantita dalla possibilità di sistemare tutti i prodotti chimici e l'attrezzatura utilizzata per la pulizia all'interno di un armadietto centrale chiuso a chiave. In questo modo l'operatore può lasciare anche incustodito il carrello in aree di passaggio senza aver la preoccupazione di subire sottrazioni improprie di materiale anche pericoloso come lame, raschietti, prodotti chimici, ecc. La possibilità di proteggere l'attrezzatura da sottrazioni improprie è stata molto apprezzata per un duplice motivo dalle imprese di pulizia che lavorano al-

l'interno di ospedali in cui il passaggio di persone è numeroso e costante in tutto l'arco della giornata e quindi è incontrollabile. Infatti con i carrelli della linea l'operatore può, in primo luogo, allontanarsi dal carrello durante l'operazione di pulizia; in secondo luogo una volta terminato il lavoro può riporre il carrello negli appositi sgabuzzini senza doversi preoccupare di togliere l'attrezzatura per sistemarla all'interno degli armadi. Il giorno seguente si troverà infatti il carrello già fornito della attrezzatura necessaria per procedere alle operazioni di pulizia. Anche il supporto sacco per i rifiuti è protetto da una carenatura che consente di preservare i rifiuti in maniera che non siano visibili. Risulta sempre sgradevole, infatti, vedere i rifiuti anche se si tratta di rifiuto secco. La linea Antares Security garantisce inoltre la massima igiene e pulizia.

La struttura del carrello - totalmente in polipropilene, fibra vetro e ABS e senza alcuna parte in metallo, comprende le ruote - impedisce l'annidamento dello sporco e batteri. Grazie ai suoi angoli arrotondati, il carrello è facilmente pulibile semplicemente con un panno in microfibra, con un abbattimento pari all'80% della carica batterica a differenza dei carrelli con struttura o ruote in metallo che si arrugginiscono creando punti critici in cui si deposita lo sporco non removibile. La caratteristica struttura del carrello consente una sterilizzazione fino a 100°.

S.U.



IL PULITO A REGOLA D'ARTE

Pulizia estetica e pulizia igienica si uniscono nell'innovativo sistema a garze TNT predosate Discovery 1500 di Spontex Professional. L'ideale per i contesti ospedalieri.

Le garze in TNT monouso, detergenti e disinfettanti Discovery 1500 di Spontex sono ideali per la pulizia delle superfici alte in ambiente sanitario. Sono una risposta concreta per ridurre i costi di pulizia, l'80% dei quali è rappresentato dal costo della manodopera. Il predosaggio consente infatti un guadagno in termini di tempo e produttività, eliminando la perdita di tempo dovuta al dosaggio manuale. Una sola salvietta imbevuta consente di svolgere contemporaneamente due azioni: detergere e disinfettare. Il secchiello di 180 salviette può essere mes-

so sui carrelli; il suo formato rettangolare ne facilita l'immagazzinamento; è sicuro e igienico, a tenuta stagna controllata e ha un'apertura appositamente ideata per facilitare l'estrazione delle salviette. Venendo a queste ultime, il loro dosaggio è controllato e non c'è necessità di risciacquo. Le garze, oltre che predosate, sono anche pretagliate, per rendere il lavoro più pratico e agevole, fino all'ultima salvietta. Il formato del TNT è studiato appositamente per un uso professionale. Il TNT è di alta qualità e conforme alle esigenze di resistenza e durata richieste per l'uso; la salvietta è elaborata e testata sotto controllo farmaceutico, e consente una pulizia dalle prestazioni elevate: la formula, infatti, contiene tensioattivi e alcool sgrassante. L'attività antimicrobica della soluzione di cui la salvietta è imbevuta è conforme alle normative vigenti in materia, ivi compresa la norma AFNOR. Pulizia estetica e pulizia igienica sono quindi i due obiettivi raggiunti con questo pratico ed efficace sistema. La pulizia estetica ha a che fare con la percezione del pulito, e significa assenza di rifiuti, sporcizia e polvere. Con la pulizia igienica, invece, si entra in un'altra dimensione, quella dell' "invisibile". Fare pulizia igienica significa quindi lottare contro le infezioni nosocomiali che colpiscono, in Europa, tra il 5 e il 12% dei degenti.

F.G.

L'ESPERIENZA IN SANITA'

Da vent'anni presidi sanitari- chirurgici di qualità. La Meditalia sas può contare su una gamma vastissima di prodotti e accessori per esami medici e interventi chirurgici.

La Meditalia sas è una società import- export di presidi sanitari chirurgici presente sul mercato europeo da 20 anni. Vasta la gamma, che risponde a tutte le esigenze in campo medico- sanitario. In particolare, tra gli accessori per esami e interventi chirurgici, si segnalano Mediboxer e Medibib. Il primo (art. MED 101), in TNT morbido e confortevole, è ideale per esami di colonscopia, sigmoscopia, clisma opaco, proctologia, indagine prostatica. Preserva visivamente le anatomiche del paziente, limitandone l'esposizione per il



tempo utile all'esame, e rispettandone la dignità. Munito di bande adesive per apertura e chiusura della parte posteriore, è disponibile in misura unica. Provvisto del marchio CE. Il secondo (art. MED 103), monouso, è in tessuto safety morbido ed assorbente, politenato. E' munito di sacca di ritenzione del secreto orale, per interventi di EGD e di ERCP. Protegge l'abbigliamento del medico e del paziente, mantiene pulito il pavimento circostante

l'area di intervento ed è provvisto di adesivi per il posizionamento. Disponibile in misura unica. Prodotto a marchio CE. L'azienda è inoltre produttore unico, in ambito europeo, e distributore, di boccagli per esami di gastroenterologia in generale, per lavaggi gastrici, dilatazione esofagea, terapia EGD e ERCP, ecocardiografia transesofagea. Nel dettaglio: boccaglio art. Med/ 102, corredato di abbassalingua e cintino fissativo; boccaglio art. Med/ 106, corredato di abbassalingua nella parte inferiore e con rialzo nella parte superiore che aderisce all'arcata dentale, con cintino fissativo; boccaglio art. Oxy/ Med, corredato di abbassalingua, rialzo per adesione all'arcata dentale, cintino fissativo, con raccordo per ossigenazione per pazienti affetti da ipossiemia. Tutti i prodotti sono a marchio CE, monouso, non contengono lattice.

F.G.



OBIETTIVO ACQUA SICURA

Il nuovo sistema Steril Water di Steril è la soluzione innovativa a tutti i problemi inerenti alle infezioni di origine idrica in ambito sanitario.

Il controllo dell'acqua nelle strutture ospedaliere è un fattore fondamentale per la salvaguardia della salute, soprattutto alla luce di episodi, sempre più frequenti, di infezioni verificatesi in strutture pubbliche e private. Dai più recenti dati registrati emerge un allarmante aumento dei casi di infezione da legionella. Si tratta di una particolare infezione che si sviluppa attraverso germi (legionella spp) presenti nelle linee di distribuzione delle acque potabili, nelle autoclavi e negli impianti di condizionamento dell'aria. Qualunque strategia preventiva si applichi per migliorare la qualità dell'acqua, va sempre tenuta presente la complessità organizzativa delle strutture sanitarie, ivi compresa la vetustà degli impianti stessi. Steril S.p.A. ha ideato il sistema "Steril Water", in gra-

do di prevenire qualunque infezione di origine idrica tramite specifici impianti di purificazione, unici per il loro genere, capaci di decontaminare l'acqua grazie alle caratteristiche tecniche dei materiali impiegati che garantiscono parametri di sicurezza assoluti e senza utilizzo di prodotti chimici che potrebbero compromettere la tenuta degli impianti già esistenti senza garantire comunque alcun risultato, se non per brevi periodi. Il progetto di dimensionamento del sistema, realizzato ed implementato interamente da specialisti dell'azienda, pone in essere tutte le conoscenze tecnico-scientifiche acquisite sugli impianti in esame. Ciò rende del tutto compatibile e "customizzato" il sistema proposto con gli impianti esistenti. L'azienda, certificata UNI EN ISO 9001 e UNI CEI EN 13488, è specializzata in particolare nei seguenti servizi: progettazione e installazione impianti di trattamento acqua sanitaria; controllo microbiologico delle acque; controllo delle infezioni di origine idrica.

S.U.

È attivo il sito nazionale www.anmdo.org



YIGI@ci

UN NUOVO STRUMENTO PER LA RIVELAZIONE E LA SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE ED IL MONITORAGGIO DEI BATTERI MULTIRESISTENTI

Le Infezioni Ospedaliere (ossia le infezioni acquisite in ambiente ospedaliero) rappresentano un problema significativo nel quadro della sanità. Questo tipo di infezioni, non solo sono cause di un elevato tasso di morbilità e mortalità tra i pazienti ricoverati, ma comportano altresì costi elevati per le strutture ospedaliere in termini di cure al paziente. Di conseguenza, una corretta gestione ed un attento controllo della diffusione delle infezioni ospedaliere non solo contribuiscono a ridurre il numero di decessi, ma anche i costi ad esse correlati.

La maggior parte delle Infezioni Ospedaliere (IO) sono causate da Batteri MultiResistenti che si riscontrano nell'intera struttura ospedaliera, ed in particolare modo in aree specifiche quali i reparti di terapia intensiva o di degenza post-operatoria dove i pazienti sono confinati in piccoli spazi ed il personale sanitario è costretto a passare molto rapidamente da un paziente ad un altro. La presenza di BMR rappresenta un serio problema all'interno delle strutture ospedaliere, insieme all'incidenza del tasso di morbilità e mortalità ed ai costi di degenza.

Leader a livello mondiale nello studio dell'identificazione e della ricerca delle resistenze batteriche, la bioMérieux (Marcy l'Étoile, Francia) offre un nuovo pacchetto software denominato YIGI@ci che lavora in sinergia con il LIS (Laboratory Information System) ed i sistemi automatici bioMérieux come il VITEK®2 (sistema per l'identificazione batterica e l'antibiogramma), per offrire una Soluzione Globale per la sorveglianza ed il controllo delle IO e dei BMR.

Il software **YIGI@ci** da un lato è connesso al LIS per ricevere tutti i dati relativi al paziente e le richieste di esami che arrivano in laboratorio, dall'altro è collegato alla strumentazione bioMérieux da cui riceve i risultati dell'identificazione batterica e dell'antibiogramma.

Utilizzando i dati batteriologici insieme alle informazioni sul paziente (composizione, terapia, data del ricovero, ecc.) il **YIGI@ci** è in grado di allertare in caso di sospetto di infezioni ospedaliere. Questa operazione avviene in tempo reale poiché i dati relativi al paziente vengono trasmessi automaticamente dal LIS così come i risultati dell'identificazione e dell'antibiogramma sono inviati automaticamente dalla strumentazione di batteriologia. In caso di sospetto di IO è possibile allertare il reparto ed il clinico responsabile del paziente affinché si prendano delle misure per evitare l'ulteriore diffusione dell'infezione.

La stessa cosa avviene in caso di sospetto di BMR. Secondo il set-up dell'utilizzatore, **YIGI@ci** può allertare automaticamente ed in tempo reale relativamente alla presenza di microorganismi target, quali per esempio lo *Staphylococcus methicillinus*-resistente o l'isolamento di *Acinetobacter*, ecc. Così come in caso di sospetto di IO, anche in presenza di BMR, è possibile allertare il reparto affinché si possa agire rapidamente monitorando o modificando la terapia o avviando una procedura di isolamento.

È possibile eseguire vari e specifici studi epidemiologici utilizzando il database **YIGI@ci**. Questo database contiene tutti i dati ricevuti dal LIS e dalla strumentazione. Grazie all'utilizzo di criteri multiselettivi, l'utente è in grado di eseguire statistiche retrospettive con la possibilità di rappresentarle con tabelle o grafici.

Il **YIGI@ci** è un software che consente al microbiologo, all'igiениста ed al clinico di eseguire il controllo e la sorveglianza delle IO e dei BMR in modo completamente automatico ed in tempo reale.

SCOPI DELLA RIVISTA

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

ISTRUZIONE PER GLI AUTORI

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

LAVORI ORIGINALI

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

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

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

LETTERE AL DIRETTORE

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

BIBLIOGRAFIA

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

Riviste

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

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

- *Supplementi di Riviste*

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

Monografia

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

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

Si ricorda che chiunque desiderasse proporre la pubblicazione di articoli o interventi sulla Rivista potrà inviare gli stessi via posta elettronica presso il Segretario Scientifico ANMDO, dr. Karl Kob (indirizzo e-mail: karl@kob.bz.it), oppure presso la casa editrice Edicom (info@gsanews.it), la quale provvederà a sottoporli all'approvazione della Segreteria Scientifica dell'Associazione.

AZIENDE CITATE

STERIS

Segrate (MI)
www.steris.com

LIDI SERVICE

Porto Garibaldi (FE)
www.lidIService.it

PADANA EVEREST

Travagliato (BS)
posta@padanaeverest.it

ALSCO ITALIA

Milano
www.alsco.it

SERVICE MED

Bussolengo (VR)
www.servicemed.it

SERVIZI OSPEDALIERI

Ferrara
www.serviziospedalieri.it

EUROMOP

Villa del Conte (PD)
info@euromop.com
www.euromop.com

SPONTEX PROFESSIONAL

Veniano (CO)
www.sponstex.it

MEDITALIA

Palermo
mednatio@gestelnet.it
www.gestelnet.it/meditalia

STERIL

Surbo (LE)
www.sterilspa.it
info@sterilspa.it

RUBINO - CHEM

Cegli (BA)
Info@rubinochem.it
www.rubinochem.it

EXHIBO-ASCOM

Monza (MI)
direzione@exhibo.it
www.exhibo.it

MIELE ITALIA

Appiana San Michele (BZ)
info@miele-professional.it
www.miele-professional.it

PONZI

Bagnara (RA)
ponzi@ponzi-in.it
www.ponzi-in.it

Dall'unione di tre prodotti leader nasce

sistema 3P

semplice

solo tre prodotti in uso per un pulito a 360°

economico

elimina tutti gli sprechi con dosaggi perfetti e prodotti concentrati

efficace

qualità dei risultati eccellenti



sanificazione
ambiente bagno



manutenzione ed
pulitura pavimenti



pulitura
superfici lucide





BARRIERTECH

Surgical Barrier System



Una soluzione nuova. Dai molti usi

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

Il sistema

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

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

I materiali

Barriertech prevede l'utilizzo di teli e camici
realizzati in trilaminati e microfibre, tessuti
riutilizzabili e conformi alle più recenti
Normative Europee (EN 13758).



servizi ospedalieri

assistenza per l'ospedale
www.serviziospedalieri.it

Sede Legale
Stabilimento di Ferrara
Via Cabino 13 - 44100 Ferrara (FE)
Tel. 0522.56.97.11 - Fax 0522.77.28.00

Stabilimento di Castellano
Case Matino di Via Zuccone - 44020 Castellano (FE)
Tel. 0567.26.701 - Fax 0567.56.07.69

Stabilimento di Lucca
Via S. Pietro a Vico 204 - 55100 Lucca (LU)
Tel. 0583.86.75.07 - Fax 0583.85.27.61