

L'OSPEDALE

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



Periodico dell'ANMDO
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
MEDICI DIREZIONI OSPEDALIERE

postatarget
magazine
Tariffa Pagata Magazine
Aut. DCB Centrale/PT Magazine
Aut. 63/2004
valida dal 28-03-2004
Posteitaliane

N° 2/05

EDILIZIA SANITARIA

Un piano per il futuro

PREVENZIONE

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE.
Campagna 2003/2004 nell'ospedale di Bolzano. Analisi dei risultati e proposte per il futuro

CONSENSO INFORMATO

Consenso informato: esperienza all'interno dell'Azienda Sanitaria Ospedaliera materno infantile O.I.R.M. - S. Anna di Torino

QUALITÀ

Indagine di clima presso l'Università Operativa di Medicina Riabilitativa Ospedale G. da Procida - A.S.L. Salerno 2

ORGANIZZAZIONE

PERCORSO SEPSI.
Proposta di percorso intraospedaliero per il trattamento del paziente settico

MANAGEMENT

La negoziazione di budget quale strumento di governo di un'Azienda sanitaria: il Caso dell'Azienda USL Roma/C

ORGANIZZAZIONE

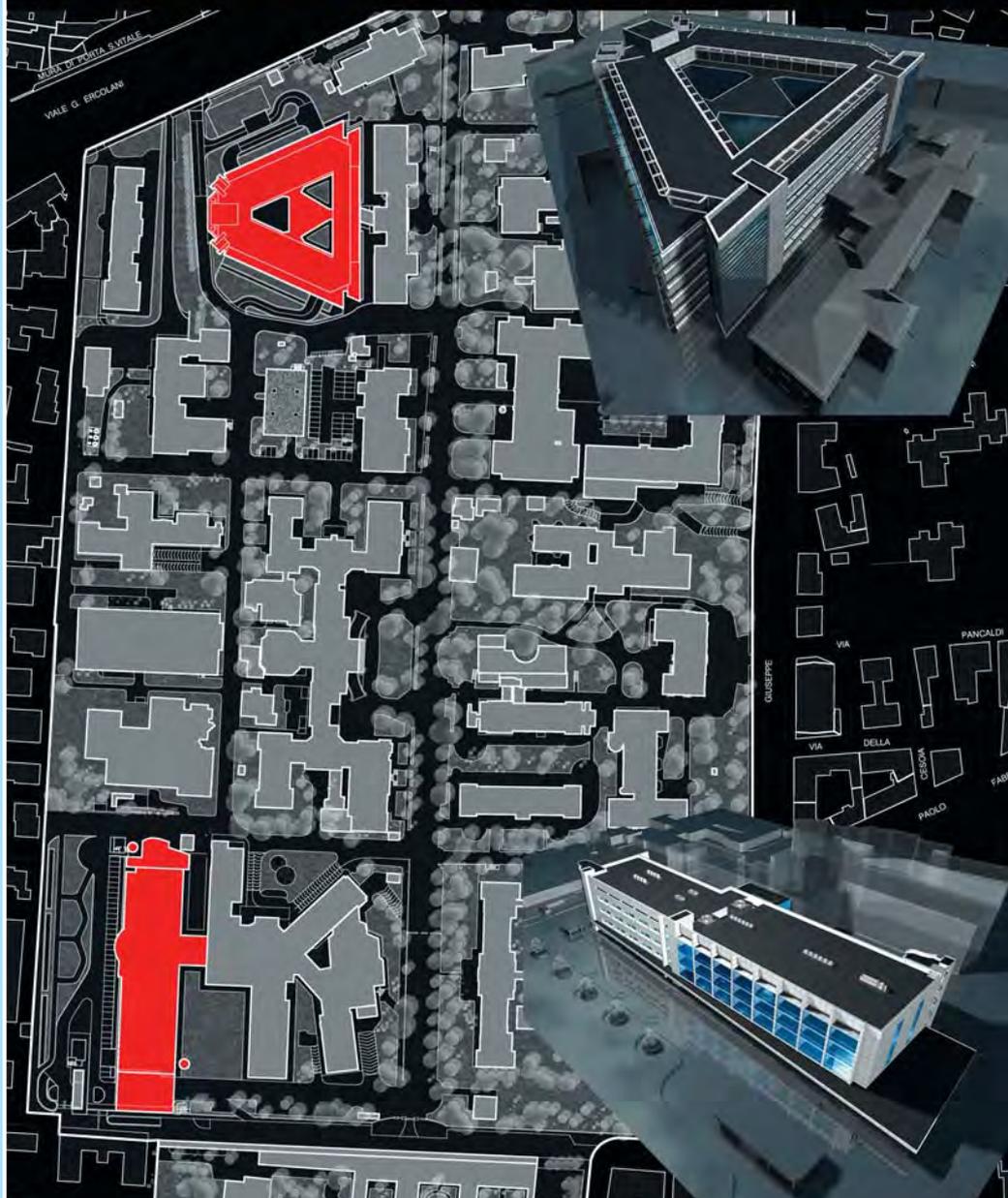
L'organizzazione del servizio di polizia mortuaria nel PO NSGD

LINEE GUIDA

Linee guida per l'attribuzione dei codici C.E.R.

ORIZZONTI

Il nuovo Ospedale Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna



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



Pall Filtration, Separation, Solution

Nonostante gli attuali sistemi di decontaminazione presentino un buon margine di sicurezza, può succedere che, a causa dell'irregolarità dell'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 annidarsi e crescere cellule batteriche, potrebbero costituire potenziali veicoli 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.

0:00-24:00 Anytime Anywhere



Ecolab,
sicurezza
e disinfezione
totale



Leader nella disinfezione dello strumentario endoscopico, chirurgico e nella disinfezione delle apparecchiature per emodialisi. Una Gamma innovativa di soluzioni, strumenti, metodologie e prodotti in grado di rispondere alle esigenze di disinfezione ospedaliera.

La differenza Ecolab!

Hygiene
Disinfection

Disinfection

worldwide innovator in hygiene solutions

Centro Direzionale Coliformi
Via Paracelso, 6
20041 Agate Brianza (MI)
Tel.: 039.6050.1
Fax 039.6050.555
www.ecolab.com

ECOLAB®

Dr. Sockël's®

traspirabile

antiscivolo

antistatico



sterilizzabile

anatomico

profumato

nate per lavorare con te

Good Life®

PAVI GROUP s.p.a. - Via Pavia, n° 66 - 00010 Fano (Riviera Pavia) - tel. e fax: +39 0571 750051 +39 0571 70004

web: www.pavi.it e-mail: info@pavi.it

in collaborazione con 



SOMMARIO

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz - Anno 58 - Numero 2 Aprile-Giugno 2005

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

Direttore responsabile: Ilva Gottardi

Direttore editoriale: G. Finzi

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

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

Hanno collaborato

P. Cacciari, A. Neri, I. Frascari, G. Picchi, M. Rizzoli, G. Finzi, T. Malaguti, M. Bombonato, B. Testini, M. Romeo, M. Lopez, G. Rabacci, G. Poppa, V. Pastino, F. Grosso, D. Anzalone, L. Memoli, G. Siano, G. Mastroroberto, G. Sangiorgi, M. Campesato, M.R. Bacchin, Martinelli, A. Sirica, F. Caruso, A. Barbato, A. Carbone, P. Spada, F. Vaia, M.T. Benghi, A. Alessandri, D. Anti, A. Appicciuccio, S. Bocci, R. Guadagno, A. Cavana, T. Campione

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

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

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

© Copyright EDICOM s.r.l. - Milano

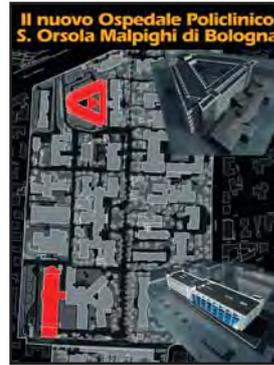
Testata volutamente sottoposta a certificazione di tiratura e diffusione in conformità al Regolamento C.S.S.T. Certificazione Stampa Specializzata Tecnica per il periodo:
01/01/2004 - 31/12/2004
Tiratura media: N. 4.8750 copie
Diffusione media: N. 4.784 copie
Certificato CSST N.2004-0948 del 22 Febbraio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

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

CSST
CERTIFICAZIONE
STAMPA SPECIALIZZATA
E TECNICA

COMPENSA

"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"



in copertina
Il nuovo Ospedale
Policlinico
S. Orsola-Malpighi
di Bologna

EDITORIALE

5

EDILIZIA SANITARIA

Un piano per il futuro

6

PREVENZIONE

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE. Campagna 2003/2004 nell'ospedale di Bolzano. Analisi dei risultati e proposte per il futuro

12

CONSENSO INFORMATO

Consenso informato: esperienza all'interno dell'Azienda Sanitaria Ospedaliera Materno Infantile O.I.R.M. - S. Anna di Torino

18

QUALITÀ

Indagine di clima presso l'Università Operativa di Medicina Riabilitativa Ospedale G. da Procida - A.S.L. Salerno 2

28

ORGANIZZAZIONE

PERCORSO SEPSI Proposta di percorso intraospedaliero per il trattamento del paziente settico

32

MANAGEMENT

La negoziazione di budget quale strumento di governo di un'Azienda sanitaria: il Caso dell'Azienda USL Roma /C

38

ORGANIZZAZIONE

L'organizzazione del servizio di polizia mortuaria nel PO NSGD

42

LINEE GUIDA

Linee guida per l'attribuzione dei codici C.E.R.

54

RUBRICHE

ORIZZONTI

60

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



VIRKON

Il disinfettante di alto livello di ultima generazione

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



PERASAFE

Sterilizzante a freddo per strumentario efficace in 10 minuti

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



LEADER IN BIOSECURITY

human health

BIOSEC

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

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

Ulteriori riflessioni sul Coordinamento Clinico Aziendale e di Presidio...

In data 19 aprile 2004 il Presidente Nazionale A.N.M.D.O., Dott. Gianfranco Finzi, accompagnato dal Vicepresidente, Prof. Ugo Luigi Aparo, e dal Segretario Generale Scientifico, Prof. Karl Kob, sono stati sentiti, a Roma, dalla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati in merito al Disegno di Legge n. 5107, avente in oggetto: "Principi fondamentali in materia di Servizio Sanitario Nazionale".

Ricordiamo che l'articolo 1 del citato Disegno prevede di assegnare, nelle aziende ospedaliere e nei presidi ospedalieri dotati di strutture e servizi di alta specialità, la funzione di coordinamento del governo delle attività cliniche, nonché la programmazione, organizzazione, sviluppo e valutazione delle attività tecnico-sanitarie ad un Coordinatore Clinico Aziendale o di Presidio che racchiude in sé le responsabilità attribuite ai direttori di dipartimento.

Il Presidente Dott. Finzi ha fatto presente agli Onorevoli Deputati che tali funzioni sono in realtà già affidate al Direttore Sanitario Aziendale e al Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero, specificando che il primo è già il responsabile del "governo clinico", inteso come unione delle quattro dimensioni della qualità, rispettivamente della qualità professionale, della qualità percepita, dell'efficienza e del risk management, mentre al secondo spetta l'individuazione dei settori assistenziali critici dell'ospedale per esiti, per variabilità professionale, per percorsi assistenziali e per costi. In particolare, ha specificato che al Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero spetta, altresì, la funzione importante di coordinamento delle strutture dipartimentali e la gestione dei gruppi di lavoro preposti alla definizione di linee guida aziendali e di percorsi assistenziali.

È stato fatto presente, inoltre, che qualora il Parlamento italiano ritenga di creare comunque la nuova figura del "Coordinatore Clinico Aziendale", scelta tra i direttori delle unità operative cliniche, le competenze dello stesso dovranno in ogni caso essere diverse da quelle oggi assegnate al Direttore Sanitario Aziendale, che nell'ambito della "Governance" risulta essere il direttore responsabile della produzione, ed al Direttore Sanitario (Medico) di Presidio Ospedaliero, che da oltre mezzo secolo, nella realtà italiana, è il responsabile delle funzioni gestionali igienico-organizzative e medico-legali ospedaliere.

Il Presidente Dott. Finzi ha aggiunto che è nell'interesse del Servizio Sanitario Nazionale, ai fini di garantire il diritto alla tutela della salute pubblica, principio sancito dalla Costituzione, conservare le competenze alle figure professionali che altri Paesi dell'Unione Europea stanno da tempo cercando di "inventare".

Un'annosa esperienza insegna che la presenza di una Direzione Sanitaria dotata di elevata competenza professionale si ripercuote positivamente sia sulla qualità tecnica (clinica) delle unità operative ospedaliere, da qualche tempo aggregate in dipartimenti, che su quella percepita dagli utenti. In ambito europeo gli esperti in materia sanitaria sono consapevoli che la complessità delle strutture sanitarie, in particolare quelle ospedaliere, non potrà ormai più prescindere dalla presenza di professionisti in grado di creare le necessarie sinergie, finalizzate, tra l'altro, alla ottimizzazione delle risorse ed alla continuità assistenziale.

*La Segreteria Scientifica Nazionale A.N.M.D.O.:
Karl Kob (Segretario Generale), Cesare Catananti,
Carmelo Del Giudice, Adriano Marcolongo, Gabriele Pelissero*

Un piano per il futuro

L'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA DI BOLOGNA, POLICLINICO S.ORSOLA MALPIGHI HA ELABORATO UN PIANO ORGANICO COMPLESSIVO DI RIFUNZIONALIZZAZIONE, RESO POSSIBILE DALLE OPPORTUNITÀ OFFERTE DALL'ART. 71 DELLA L. 448/98, CHE POTRÀ CONSENTIRE DI OTTENERE RILEVANTI RISULTATI SIA IN TERMINI DI QUALIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA CHE DI RAZIONALIZZAZIONE DELLE RISORSE

Riassunto

Gli autori avevano l'obiettivo di programmare e realizzare la messa a norma delle strutture ospedaliere dell'Azienda S.Orsola Malpighi. L'articolo illustra le analisi condotte, i programmi, le strategie operative e le criticità incontrate nello sviluppo del lavoro. In particolare sono illustrate le motivazioni e le scelte compiute. La dimensione dell'opera che comportava una variante urbanistica, ha coinvolto tutti gli enti territoriali competenti (Regione, Provincia, FF.SS. etc.), sono descritti i passaggi fondamentali necessari. L'Azienda Ospedaliera ha dovuto sviluppare un rapporto con la Città prevedendo ed integrando tutta una serie di azioni che vanno da un piano particolareggiato del traffico, ad una fermata del servizio ferroviario, ad un progetto per le piste ciclabili.

Summary

The purpose of the project was to let the Azienda Sant'Orsola Malpighi buildings and structures meet the current legal standards. The paper describes the analysis, the programs, the strategies, as well as the main problems that challenged its development. Key decisions and choices must be made, and the paper explains the rationale. The magnitude of the project impacts the urbanistic environment (and involves what the Italian legal system labels as a variante urbanistica: a variation of the City Plan), and therefore implies from the beginning a dialogue with the Regione Emilia Romagna, the Provincia di Bologna, the FF.SS (Railway System Society). The Azienda Sant'Orsola Malpighi had also to develop a connection with the city of Bologna: specific actions had to be planned, such as a detailed traffic project, a railway train stop, and the project for a bicycle lane.

P. Cacciari^o, I. Frascari^{*}, G. Plicchi[^], M. Rizzoli[^], T. Malaguti^{oo}, G. Finzi^{oo}, A. Neri^{oo}

^oDirettore Generale del Policlinico S.Orsola-Malpighi

^{oo}Direzione Sanitaria del Policlinico S.Orsola-Malpighi

^{*}Responsabile Direzione Attività Tecniche

[^]Libero professionista

IL CONTESTO

L'Azienda Ospedaliera Sant'Orsola-Malpighi ha elaborato un Piano di interventi per il decennio 2000-2010 con l'obiettivo di ristrutturare e mettere a norma tutte le proprie strutture e realizzare tre nuovi contenitori: il Polo Tecnologico (inaugurato a novembre 2002), il Polo Chirurgico e dell'Emergenza ed il Po-

lo Cardio Vascolare (procedure di appalto in corso).

Il lavoro, è il risultato di un'accurata analisi metodologica delle caratteristiche di ogni edificio e tiene in particolare conto lo sviluppo tecnologico delle strutture edilizie ed impiantistiche degli edifici esistenti.

Sono stati individuati alcuni parametri di riferimento ai quali un moderno edificio ospedaliero de-

ve oggi rispondere, come: comfort alberghiero, rispetto della sicurezza, adeguamento alle norme di prevenzione incendi e in particolare adeguamento alle norme sull'accreditamento delle strutture sanitarie.

Una preliminare analisi dell'esistente, ha evidenziato le "esigenze primarie" di ogni edificio del Sant'Orsola-Malpighi.

- Il 60% degli edifici sono stati realizzati prima del 1950 e su essi gravano vincoli architettonico - monumentali.
- Molti edifici si prestano unicamente ad una ristrutturazione per l'adeguamento delle aree di degenza, ambulatoriali, didattica e ricerca, ma non al rinnovo e messa a norma delle alte tecnologie (sale operatorie, imaging, terapie intensive, etc..)
- La struttura necessita di numerosi interventi di ristrutturazione per l'adeguamento ai requisiti strutturali e di comfort alberghiero previsti dall'accreditamento (es. alcune sale operatorie non a norma, 38% delle stanze di degenza senza servizi, 25% con più di 4 posti letto).

È emerso come l'adeguamento degli edifici alle moderne e future tecnologie per la diagnosi e la cura fosse, in molti casi, incompatibile con una ristrutturazione dell'esistente e come fosse necessario dare risposta all'attuale situazione di disagio per i degenti.

L'Azienda Ospedaliera collocata in un comparto urbanistico ad alta densità, aveva da tempo esaurito la capacità edificatoria e non avendo spazi da dismet-

**PAROLE CHIAVE:**

programmazione ospedaliera, progettazione ospedaliera

KEY WORDS:*hospital planning, hospital design*

tere, ha dovuto procedere con una variante al P.R.G..

Il Comune di Bologna, condividendo le esigenze che hanno mosso il programma di intervento, ha preso atto della necessità di una ridefinizione urbanistico-edilizia del comparto di riferimento, al fine di garantire il contemperamento ed il soddisfacimento di tutti gli interessi pubblici coinvolti; a questo fine, il Sindaco di Bologna, su richiesta dell'Azienda Ospedaliera Sant'Orsola-Malpighi, ha promosso un Accordo di Programma in variante urbanistica che propone la modifica delle previsioni del P.R.G. vigente, attribuendo all'area ospedaliera un incremento di Superficie utile di 24.000 mq in risposta alle necessità programmate fino al 2010, nonché tutti gli interventi necessari per un'ottimale sistemazione urbanistica e del traffico. L'iter per ottenere il risultato atteso, è stato lungo e impegnativo con il coinvolgimento di molti Enti Pubblici (settore traffico e trasporti, Autorità di Bacino del Reno, Unità Ambientale, Provincia di Bologna, Regione Emilia-Romagna, ATC, Ferrovie dello Stato, TAV, Università degli Studi di Bologna, Dipartimento di Igiene, ARPA, Comune di Bologna, Soprintendenza).

Per comprendere la complessità dell'azione intrapresa elenchiamo sinteticamente gli interventi prescrittivi per ottenere il benessere degli Enti coinvolti all'unanimità:

1. Il programma di riorganizzazione dell'offerta del complesso ospedaliero, coerente col documento di programmazione

sanitaria della Conferenza Metropolitana.

2. Lo studio di compatibilità ambientale di cui all'art. 40 della L.R. 20/2000, tenendo conto anche delle richieste ARPA precisando le opere di mitigazione necessarie ed i conseguenti impegni attuativi.

3. Il piano Particolareggiato attuativo del piano del traffico relativo al comparto Sant'Orsola e aree limitrofe.

4. Il Piano di razionalizzazione finalizzato alla riduzione degli spostamenti individuali verso il complesso ospedaliero.

5. Il progetto complessivo di sistemazione del verde dell'intera area ospedaliera.

6. Lo sviluppo di un sistema integrato di mobilità mediante il Piano di Mobilità Aziendale, che permetterà di rispondere soprattutto alla domanda di mobilità interna.

7. Lo studio di Impatto Ambientale che analizzi le varie fasi di cantiere per la realizzazione del Polo Cardiologico e del Polo Chirurgico, in particolare le ripercussioni che esse avranno sulla componente "Mobilità" (tragitto e accessibilità dei mezzi di cantiere, ridistribuzione degli spazi interni di sosta) e sugli impatti ambientali (inquinamento acustico e atmosferico).

8. La struttura del Nuovo Pronto Soccorso, dovrà lasciare inalterata e non pregiudicare l'impostazione generale dell'accessibilità del parcheggio pubblico e della stessa Via Albertoni.

9. Lo studio di Impatto Ambientale per la Nuova Struttura del Pron-

to Soccorso, avente lo scopo di analizzare gli scenari ante-operam, fasi di cantiere e post-operam dell'ubicazione proposta, con particolare riferimento alla correlazione con l'attuale ubicazione.

10. Il potenziamento della dotazione dei parcheggi P3 attraverso l'individuazione di nuovi spazi o attraverso l'implementazione delle nuove strutture da realizzare con appositi spazi di sosta entro il 1° quinquennio di validità del piano di riqualificazione ed ammodernamento sanitario presentato.

11. Il potenziamento all'interno dell'area del nosocomio collegamenti ciclo-pedonali interni con gli itinerari esistenti.

12. La realizzazione, entro 3 mesi dal termine dell'ultimazione dei lavori di sistemazione della via Albertoni al fine di collegare la radiale est con la via Mazzini secondo le modalità progettuali impartite dal Settore Traffico Trasporti.

OBIETTIVI DEL PROGRAMMA DI AMMODERNAMENTO

Il macro progetto di ampliamento e ristrutturazione ha i seguenti obiettivi:

1. Concentrare le alte tecnologie (blocchi operatori, terapie intensive, diagnostica) in nuove costruzioni appositamente studiate (Polo Tecnologico, Polo Chirurgico, Polo Cardio Vascolare).

2. Ristrutturare gli edifici, così alleggeriti per riadeguare la funzione alberghiera, ambulatoriale, la ricerca e la didattica.

3. Gli edifici non razionalmente riadattabili a funzioni sanitarie saranno riconvertiti a destinazioni diverse, uffici, studi, etc.

Si riassumono le principali destinazioni dei nuovi Poli:

Polo Tecnologico (8.206 mq, costo opere 10 ml): radioterapia, diagnostica PET, medicina nucleare;

Polo Chirurgico e dell'Emergenza (24.000 mq, costo opere 39 ml): Pronto Soccorso Generale e Ortopedico, Imaging, Centrale di Sterilizzazione, Blocco Chirurgico (12 sale), Terapia Intensiva (45 posti letto), Day-Surgery (6 sale).

Polo Cardio Vascolare (39.918 mq, costo opere 58 ml): Utic (20 pl), Sale operatorie/interventistiche (13 sale), Terapia Intensiva (44 pl), degenze (160 pl), centrale di sterilizzazione, Imaging, Ambulatori e Laboratori di cardiologia, parcheggi interrati per i dipendenti.

LO STATO DI FATTO NELL'ANNO 2000

Punti critici dell'assetto organizzativo:

- Distribuzione delle unità operative non coerente alle aggregazioni dipartimentali.
- Percorsi dei pazienti: Pronto Soccorso collocato in un padiglione isolato e la disposizione dei reparti in tanti padiglioni comportano ogni giorno circa 300 trasferimenti interni in ambulanza per ricoveri/consulenze/indagini.
- Dispersione delle aree ad alta tecnologia (9 blocchi operatori, 7 aree intensive, 8 aree di imaging, 9 aree di diagnostica endoscopica, etc..) che impedisce di attuare un uso intensivo delle risorse e comporta una non economica organizzazione del personale.
- Insufficienza degli spazi dedicati alla ricerca e alla didattica.

Inoltre occorre ricordare come in caso di rallentamento del processo di ammodernamento, l'Azienda Ospedaliera Sant'Orsola Malpighi subirebbe un decadimento funzionale dovuto al mancato adeguamento ai parametri di legge (prevenzione incendi, sismica, regola-

Fig. 1 Polo Tecnologico

Fig. 2 Polo Chirurgico e dell'Emergenza

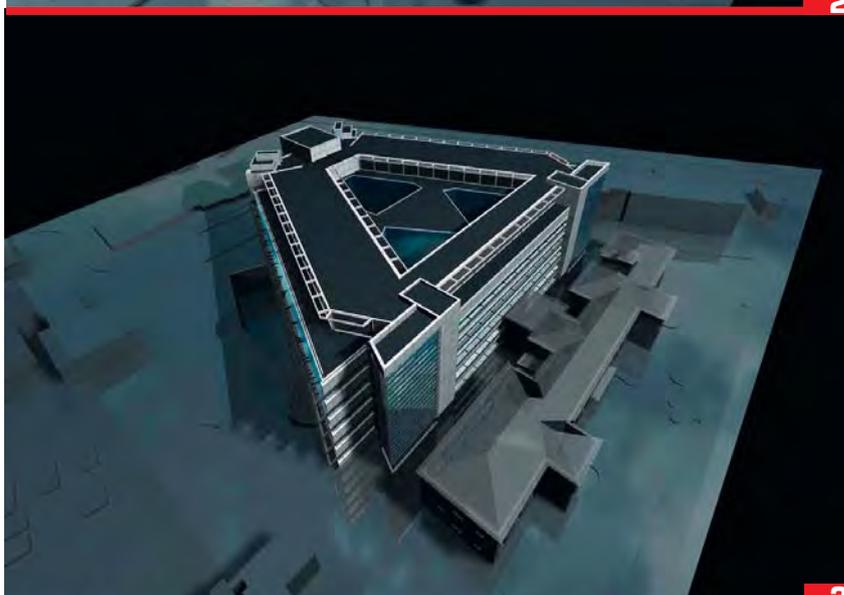
Fig. 3 Polo Cardio-Vascolare



1



2



3

mento edilizio, autorizzazione ed accreditamento sanitario, messa a norma di impianti).

IL RAPPORTO CON LA CITTÀ

Il Piano del Traffico, attraverso il piano particolareggiato riguardante questo comparto urbanistico, si fa carico dei problemi di accessibilità e di congestione determinati dalla presenza stessa dell'Ospedale (considerando che il Policlinico Sant'Orsola-Malpighi induce il più alto afflusso giornaliero di utenti dopo la Stazione Ferroviaria Centrale, circa 20.000 persone) ispirandosi a criteri di multimodalità e di interrelazione forte con l'Area Metropolitana. A questo proposito si ricorda che sono stati recentemente realizzati il nuovo parcheggio su via Albertoni, con 500 posti auto, che sarà direttamente a contatto con il nuovo Pronto Soccorso del Polo Chirurgico e un altro parcheggio in via Zaccherini Alvisi, con una capienza di circa 1.000 posti. Nell'area adiacente al Policlinico sono previsti vari interventi riguardanti i trasporti pubblici per favorire la mobilità e il benessere ambientale complessivo: si provvede alla trasformazione da autobus a filobus per varie linee, in particolare per quelle che interessano le arterie principali come via Massarenti e i Viali di Circonvallazione.

Si prevede inoltre l'attivazione di un Servizio Ferroviario Metropolitano (SFM) per fornire un servizio veloce lungo diverse direttrici che si diramano da Bologna e con una fermata in corrispondenza di via Libia, in posizione ravvicinata rispetto al Policlinico stesso e direttamente collegata con la Stazione Centrale. L'altra fermata del SFM di Via Zanolini è servita da una navetta di collegamento con diversi punti dell'Azienda Ospedaliera, per incentivare l'abbandono del mezzo privato. Verranno infine incrementate le piste ciclabili interne all'area ospedaliera ad integrazione degli itinerari comunali.

CARATTERISTICHE FUNZIONALI DEI NUOVI INTERVENTI

Con la realizzazione del Polo Chirurgico e del Polo Cardio-Vascolare viene razionalizzato l'accesso delle ambulanze collocando i due nuovi accessi delle emergenze a diretto contatto con i due nuovi edifici, sui confini opposti dell'Area Ospedaliera: in particolare la posizione del Nuovo Pronto Soccorso Generale del complesso ospedaliero in corrispondenza del Polo Chirurgico determina una riduzione del 78% dei trasferimenti interni verso altre specialità.

Il Polo Chirurgico con la relativa Camera Calda per le emergenze conferma il carattere dedicato di via Albertoni: questa strada sarà interessata unicamente dall'arrivo delle ambulanze e dall'accesso al parcheggio, evitando quindi fenomeni di attraversamento con un collegamento diretto tra via Massarenti e via Mazzini, che creerebbe gravi ripercussioni sull'equilibrio circolatorio del Quartiere.

Il fabbricato ha un'alta valenza tecnologica, con una forma compatta a parallelepipedo che ne esalta il lato tecnico e funzionale: questo aspetto è accentuato dalla scelta dei materiali che ha portato all'adozione di pareti ventilate, infissi in alluminio a taglio termico, con facciate continue che consentono la massima flessibilità nella distribuzione interna degli ambienti.

L'edificio sarà costituito da un piano interrato e da cinque piani fuori terra. Il piano interrato sarà adibito a depositi, sottocentrale termica, centrale frigorifera, gruppo di continuità, quadri generali e spogliatoi.

Al Piano Terra vengono collocati il Pronto Soccorso, con il relativo triage, una Hall d'ingresso per i deambulanti, con relative zone di attesa, l'Osservazione Breve Intensiva, che permette di tenere i pazienti ricoverati per breve tempo in attesa dell'evolversi della situazione e il Pronto Soccorso Oculistico.

Il piano primo è dedicato alla Diagnostica con un reparto di imaging impostato su due corridoi paralleli, aventi ciascuno ambienti di lavoro su entrambe le parti, alla Centrale di sterilizzazione e a Studi Medici. I Piani Secondo e Terzo sono quelli deputati all'attività chirurgica, con ampie zone di risveglio e terapia intensiva per i neo-operati. Il piano quarto viene interamente dedicato agli impianti.

A meno del piano terra del nuovo polo che viene posto alla stessa quota del Padiglione Nuove Patologie, i nuovi livelli saranno raccordati ai piani dell'esistente padiglione tramite rampe collocate in corrispondenza del corpo di collegamento tra il nuovo Polo in cui non sono previsti reparti di degenza e il Padiglione Nuove Patologie.

Nel corpo di collegamento, oltre alle rampe descritte, sono presenti quattro montalettinghe e una nuova scala in sostituzione della scala metallica esterna preesistente che verrà demolita. La forma triangolare del Polo Cardio-Vascolare è stata generata sia per fornire un'efficace soluzione distributiva, anche relativamente alla sicurezza antincendio, con l'accorciamento dei percorsi e la rapidità degli spostamenti al suo interno sia per inserirsi nel contesto urbano, mantenendo il parallelismo di uno dei suoi lati con Viale Ercolani e di un altro col viale principale interno del Policlinico, in corrispondenza dell'edificio di ex- Oculistica a cui si collega.

Va sottolineata la soluzione dei collegamenti verticali posti all'estremità di ciascun lato del triangolo ma anche nella zona centrale, in modo da aumentare notevolmente le possibilità di esodo: sono presenti al centro dell'edificio tre corti triangolari disposte intorno a un blocco ugualmente triangolare, perno di tutto il complesso, che contiene una scala di sicurezza e una batteria di ascensori. La pianta di questo edificio offre quindi i pregi degli edifici compatti, a forma chiusa, ma ne evita allo stesso tempo

le caratteristiche negative, come la mancanza di illuminazione degli ambienti centrali, con la realizzazione delle corti interne che fungono anche da spazi di relazione e di sosta e da zona di gioco per i bambini in corrispondenza della Cardiologia Pediatrica. Il nuovo edificio contiene otto livelli, di cui uno interrato, uno seminterrato ed i restanti sei fuori terra con la quota di calpestio del piano terra e del piano primo corrispondenti alle rispettive quote dei piani terra e primo dell'Ala ex-Oculistica. Il Piano Interrato è destinato ad autorimessa ed è servito da due rampe carrabili a doppio senso di marcia, i cui accessi si attestano sui lati est ed ovest. Il Piano Seminterrato, nonostante sia posto alla quota -4.50, grazie alla conformazione data al terreno nelle zone antistanti le facciate est e ovest offre agli ambienti una visuale libera e/o l'illuminazione naturale: la zona di fronte alle facciate, infatti, presenta ampi spazi, in parte sistemati a verde grazie ai quali i locali in affaccio usufruiscono delle caratteristiche di visibilità e d'illuminazione di un

normale piano interamente fuori terra. Il Piano Terra è destinato a degenze ordinarie pediatriche (18pl), Terapia semi-intensiva Pediatrica (5+1pl) e ambulatori di cardiologia e cardiocirurgia pediatrica, il Piano Primo e il Piano Secondo sono prevalentemente destinati ai Reparti di Degenza (68+68pl), mentre il Piano Terzo e il Piano Quarto sono dedicati ai Reparti di Diagnostica e di Chirurgia.

Il Piano Quinto, destinato agli impianti tecnologici a servizio dell'edificio, è di superficie inferiore rispetto agli altri con le pareti esterne arretrate di quattro metri rispetto al filo di facciata dei piani sottostanti: In questo modo tutto il piano può contare su ampi terrazzi lungo il perimetro esterno, utili per la manutenzione o la movimentazione dei macchinari o di loro parti. La struttura portante dell'edificio è realizzata in cemento armato mentre il rivestimento delle pareti esterne utilizza le tecnologie delle pannellature e degli infissi in alluminio, con un trattamento a doghe che accentua l'andamento orizzontale delle facciate e ha il van-

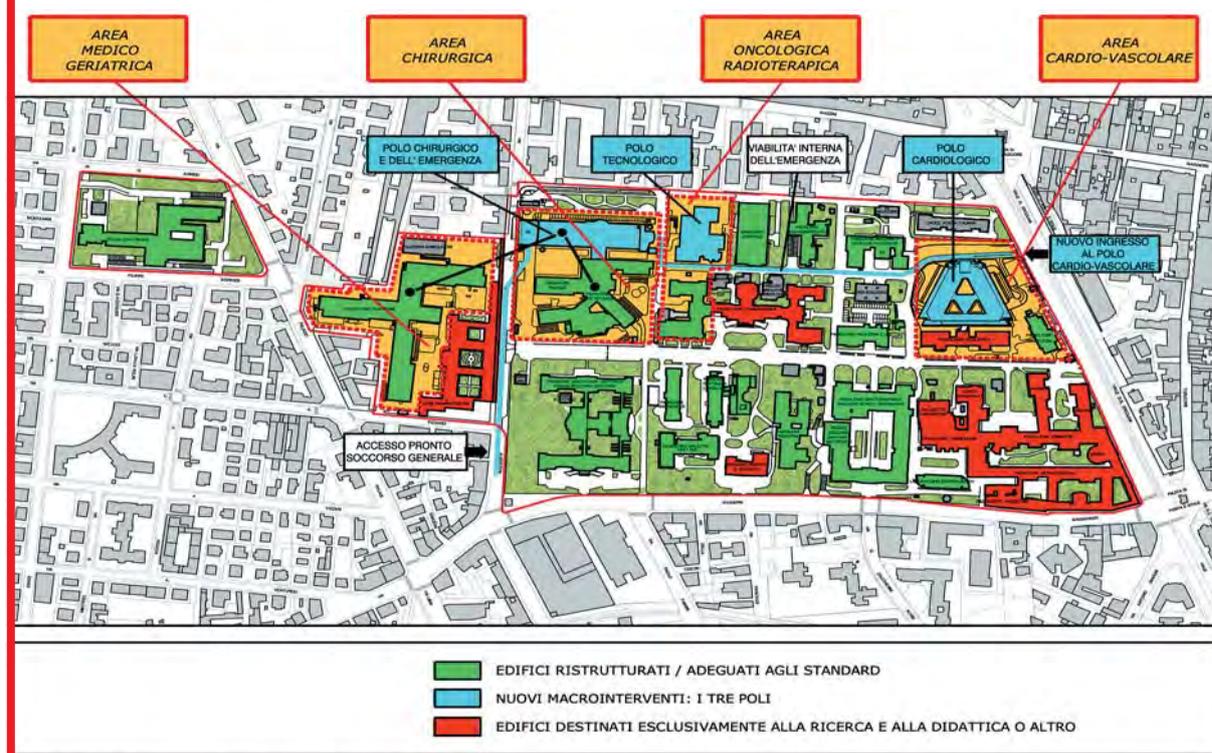
taggio di diminuire il dilavamento e il conseguente deterioramento delle superfici di facciata.

L'accesso carrabile al nuovo Polo avverrà seguendo due distinte percorrenze a seconda delle diverse esigenze: mentre il personale medico e paramedico potrà utilizzare il nuovo ingresso del Pronto Soccorso direttamente da via Ercolani, i pazienti e i visitatori entreranno in corrispondenza del viale interno del Policlinico. Passando attraverso il filtro dell'ex-Padiglione di Oculistica e percorrendo il nuovo collegamento vetrato giungeranno alla zona di attesa/disimpegno posta al centro del nuovo edificio nel quale sono collocati i collegamenti verticali. Quest'ultimo ambiente è stato studiato in modo da consentire un percorso autonomo e diretto, da parte degli utenti che intendano raggiungere ognuno dei tre lati del nuovo Polo, evitando la promiscuità con percorsi sanitari od ambienti destinati ad altre specifiche funzioni.

IL FUTURO: ANNO 2010

Per realizzare il processo genera-

Fig. 4 Il S. Orsola Malpighi nel 2010





Policlinico S. Orsola Malpighi - Planimetria generale

le di rifunzionalizzazione del Policlinico occorre procedere in tre fasi:

1. Trasferire le Alte Tecnologie nei nuovi contenitori.
2. Ristrutturare gli edifici non a norma destinandoli ad attività compatibili quali degenze, ambulatori, studi, etc..
3. Destinare e concentrare gli spazi di ricerca e didattica.

Il costo complessivo dell'operazione "Poli" ammonta a circa 148 milioni di euro. Tale importo esclude i costi relativi degli arredi/attrezzature e tutte le operazioni di messa a norma degli edifici che sono stati oggetto di interventi nel corso degli anni.

Entro il 2010 saranno operative le nuove strutture per le Alte Tecnologie: Polo Tecnologico, Chirurgico e dell'Emergenza e Cardio-Vascolare.

Tali realizzazioni condurranno il Sant'Orsola-Malpighi ad un ruolo di assoluta eccellenza sanitaria e di esaltazione della ricerca e della didattica in ambito nazionale. Le successive ristrutturazioni delle degenze unitamente agli spazi resi disponibili dal trasferimento delle Alte Tecnologie consentiranno il completo adeguamento

all'Accreditamento. Il nuovo S.Orsola Malpighi, nel 2010 avrà trasferito l'ingresso del Pronto Soccorso e l'accesso all'Emergenza Cardiologica, opererà in sinergia con il costruendo Parcheggio Multilivello, avrà percorsi più razionali per i pazienti e gli operatori, concentrerà ulteriormente le Aree delle Alte Tecnologie e di degenza.

BIBLIOGRAFIA

* Ministero Ambiente Circolare 7 ottobre 1996, n. 15208, procedure di valutazione di impatto ambientale.

* Ministero Ambiente circolare 8 ottobre 1996, n. 15326, Principi e criteri di massima della valutazione di impatto ambientale.

* Decreto Presidente Consiglio Ministri 27 dicembre 1988, Norme tecniche per la redazione degli studi di impatto ambientale e la formulazione del giudizio di compatibilità di cui all'art. 6 della legge 8 luglio 1986, n. 349, adottate ai sensi dell'art. 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 10 agosto 1988, n. 377 (G.U. 5 gennaio 1989, n. 4).

* Legge Regionale n. 20 del 24/03/2000, Disciplina generale sulla tutela e l'uso del territorio.

* D.P.R. 14 gennaio 1997, Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle provincie di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

* D.M. 18 settembre 2002, Approvazione della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private.

* P. Mello, "L'Ospedale ridefinito", Alinea Editore, Firenze 2000.

* C. Detogni, "Manuale di Progettazione Sanitaria Internazionale", FrancoAngeli Editore, Milano 2001.

* A.M. Giovenale, "Il Progetto Preliminare nell'Edilizia Ospedaliera", Kappa Editore, Roma 1998.

* R.A. Bernabeo, "Il Sant'Orsola Malpighi 1592-1992 Un'istituzione al servizio della collettività", Nuova Alfa Editoriale, Ferrara 1992.

* S. Morsicano, "Abitare la cura", FrancoAngeli Editore, Milano 2002.

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE. Campagna 2003/2004 nell'ospedale di Bolzano. Analisi dei risultati e proposte per il futuro

Riassunto

L'usuale scarsa risposta degli operatori dell'ospedale alle campagne di vaccinazione antinfluenzale hanno portato a cercarne le ragioni: come strumento è stato utilizzato un questionario anonimo. Date anche le sollecitazioni da parte di organismi prestigiosi, si ripeterà anche quest'anno la campagna vaccinale, puntando soprattutto sulla sensibilizzazione dell'operatore, possibile veicolo d'infezione, nei confronti dei malati.

Summary

An anonymous questionnaire was used at our Regional Hospital in order to try and find out the reasons for the often poor response of health care workers to the influenza vaccination campaign. The main purpose of this year's vaccination campaign was to make health care workers aware of being a potentially dangerous source of infection to patients.

M. Bombonato^o, B. Testini^{*}, M. Romeo^{}, M. Lopez^{***}**

^oVicedirettrice medico - Direzione medica dell'ospedale

^{*}Servizio d'igiene ospedaliera - Direzione medica dell'ospedale

^{**}Servizio d'igiene ospedaliera - Direzione medica dell'ospedale

^{***}Servizio d'igiene ospedaliera - Direzione medica dell'ospedale

Eprassi, consolidata da anni, del Servizio d'igiene ospedaliera della Direzione medica, quella di offrire gratuitamente la vaccinazione contro l'influenza a tutti i dipendenti (operatori sanitari e non) dell'ospedale. Ciò, con il triplice obiettivo di:

- diminuire il rischio dei dipendenti di contrarre la malattia con riduzione dei costi e dei disagi (personali e di organizzazione del lavoro), conseguenti alle assenze per malattia
- diminuire il rischio della trasmissione dell'infezione da dipendente a paziente, con conseguente riduzione di complicanze, mortalità, costi per farmaci e per prolungamento della degenza.

Nell'ospedale di Bolzano, la risposta all'offerta di vaccinazione

contro l'influenza è sempre stata modesta, in linea con quella che è la situazione in altri Paesi: ciò risulta anche dai dati divulgati dai CDC (Centers for Disease Control and Prevention) e dalla NFID (National Foundation for Infectious Diseases).

Nonostante i tassi di vaccinazione tra gli operatori sanitari negli Stati Uniti risultino nettamente superiori (36%) al nostro (6,7%), CDC e NFID li ritengono troppo bassi e raccomandano una massiccia sensibilizzazione, allo scopo di incrementare la risposta. Essi puntano l'attenzione ed insistono sul fatto, che gli operatori sanitari devono considerare la vaccinazione antinfluenzale come una difesa non solo per sé, ma anche e soprattutto per le persone assistite, spesso immunodepresse e per le quali un'in-

fezione come una "banale" influenza, può rappresentare un serio rischio. La vaccinazione antinfluenzale viene così ad essere un importante mezzo per il controllo di una possibile infezione nosocomiale. Nel novembre 2003, la NFID ha indetto un incontro con ventiquattro importanti organizzazioni americane per studiare strategie dirette ad aumentare il consenso alla vaccinazione antinfluenzale degli operatori della sanità, ritenuti possibili cause di epidemie nosocomiali. Da quell'incontro, per il raggiungimento dello scopo è emersa l'importanza di:

- individuare persone, che programmino politiche per aumentare il tasso di vaccinazione tra gli operatori sanitari
- ripetere ogni anno le campagne di promozione
- rendere conveniente la vaccinazione, offrendola a basso costo o gratuitamente e facilitandone l'accesso (sede d'esecuzione ed orari comodi)
- informare ed educare ripetutamente il personale sui rischi dell'influenza, sulla sicurezza ed i benefici della vaccinazione, usando ogni possibile mezzo (e-mail, giornali aziendali, manifesti pubblicitari ed informativi, completi delle indicazioni su sede ed orari per vaccinarsi, cartellini adesivi, riunioni)
- cercare, tra i dirigenti e le persone di riferimento della struttura sanitaria, sostenitori ed "alleati", che magari fungano da esempio vaccinandosi per primi e, comunque, collaborino alla diffusione della scelta di vaccinarsi contro l'influenza, finalizzata al miglior controllo delle infezioni nosocomiali, alla riduzione delle assenze per malattia e dei costi. Gli americani suggeriscono come



PAROLE CHIAVE: vaccinazione contro l'influenza, questionario, studio post - vaccinazione, campagna di vaccinazione, libretto informativo, educazione sanitaria, difesa del paziente

KEY WORDS: influenza vaccination, questionnaire, post - vaccination follow up, vaccination campaign, informative booklet, health education, host defence

particolarmente d'effetto e convincente il fatto che dirigenti, quali potrebbero essere il direttore generale o il direttore medico, indossino e sfoggino un distintivo con la scritta "Io mi sono vaccinato contro l'influenza"

- verificare i risultati della campagna vaccinale e diffonderli tra il personale, elogiando e ringraziando pubblicamente gli eventuali reparti e servizi che si sono distinti con il maggior numero di vaccinati.

Nell'ospedale di Bolzano, allo scopo d'incrementare la vaccinazione antinfluenzale, per la stagione 2002/2003 era stata promossa una campagna di sensibilizzazione, anche inviando un libretto informativo ad ogni dipendente dell'ospedale.

Ciò nonostante (e sebbene l'opuscolo non passasse inosservato, grazie alle sue impostazioni ed illustrazioni inusuali), il numero dei vaccinati si è mantenuto pressoché sovrapponibile a quello degli anni in cui ci si limitava, tramite volantini dislocati in punti strategici, agli avvisi di disponibilità del vaccino. Visto il risultato poco incoraggiante, per la stagione 2003/2004 si è tornati a quest'ultima modalità di comunicazione.

Ancora una volta, la risposta è stata modesta; infatti, il tasso di vaccinazione è stato del 6,7%.

Abbiamo deciso di approfondire la questione, con i seguenti, principali obiettivi:

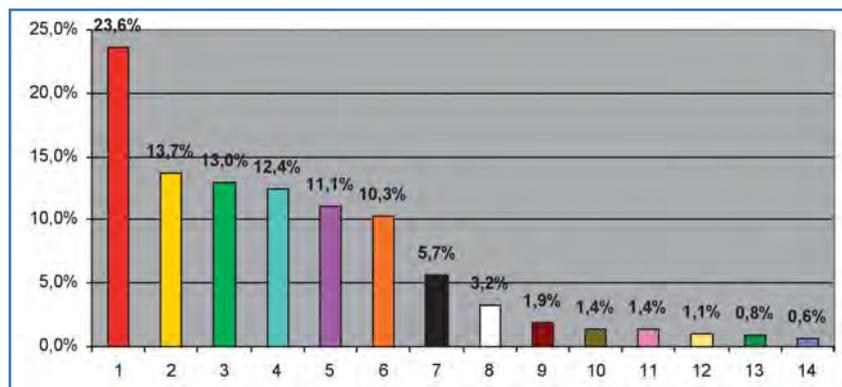
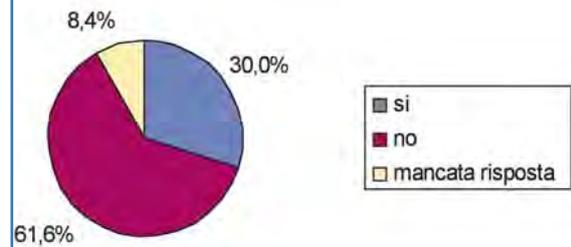
- valutare le conoscenze sulla vaccinazione antinfluenzale
- valutare i motivi di mancata adesione alla vaccinazione
- valutare migliori strategie di promozione della vaccinazione in ospedale

- valutare l'efficacia del vaccino per i dipendenti ospedalieri vaccinati per la stagione 2003/2004.

La raccolta dei dati per lo studio è stata portata a termine nei mesi di aprile e maggio 2004 ed è stata preceduta dalla distribuzione, accompagnata da una lettera di presentazione, in tutti i reparti e servizi, di un questionario anonimo. Contro ogni nostra aspettativa, la risposta al questionario è stata più che soddisfacente; infatti, dei 2.062 questionari distribuiti, ne sono tornati 1.169. Una delle domande del questionario mirava a motivare la scelta di non vaccinarsi, proponendo alcune risposte, con possibilità di opzione multipla. Questi sono stati i risultati:

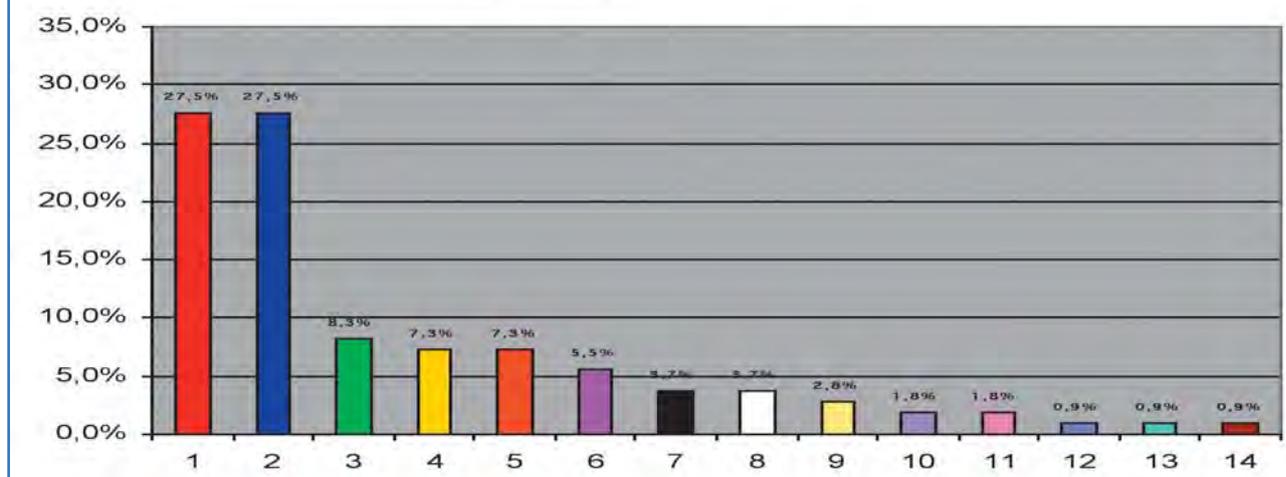
Alla domanda sull'importanza della vaccinazione contro l'influenza per il tipo di professione e d'attività svolta, il 30% delle persone ha risposto positivamente, riconoscendosi in una categoria che potrebbe trasmettere il virus ai malati, mentre nel 61,6% dei casi non viene ritenuto importante vaccinarsi per il proprio tipo di lavoro. La percentuale dell'8,4% corrisponde ad una mancata risposta alla domanda.

Valutazione dell'importanza della vaccinazione in rapporto al tipo di professione svolta



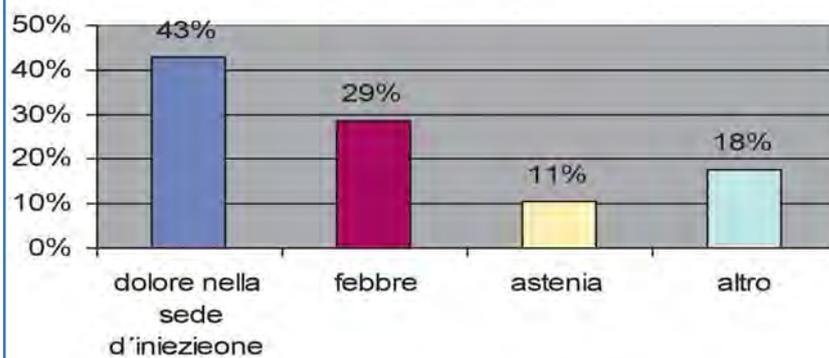
- | | |
|----|--|
| 1 | le possibili complicanze della malattia influenzale non giustificano la vaccinazione |
| 2 | sono contrario alle vaccinazioni in generale |
| 3 | non ho mai o quasi mai avuto l'influenza |
| 4 | ho paura degli effetti collaterali |
| 5 | nonostante la vaccinazione, mi sono ammalato |
| 6 | svolgo una mansione che non implica un rischio infettivo |
| 7 | mi sono dimenticato |
| 8 | non serve a niente |
| 9 | è utile per soggetti a rischio |
| 10 | orari e modalità proposte sono incompatibili con i miei turni lavorativi |
| 11 | confido nel mio sistema immunitario |
| 12 | conoscenti che si sono vaccinati si sono ammalati |
| 13 | nel mio caso, la vaccinazione è controindicata |
| 14 | uso farmaci alternativi |

Risposta alla vaccinazione delle diverse categorie professionali



1	infermiere
2	medico
3	personale amministrativo
4	operatore tecnico
5	OTA - OSS
6	ausiliario specializzato
7	tecnico di laboratorio
8	tecnico di radiologia
9	infermiere pediatrico
10	assistente sanitario
11	personale tecnico
12	addetto al trasporto malati
13	assistente sociale
14	farmacista

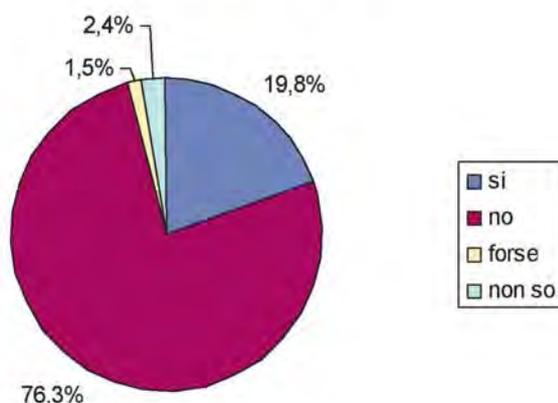
effetti collaterali del vaccino



Le categorie professionali che maggiormente hanno risposto all'invito a vaccinarsi sono state quelle sanitarie ("a pari merito", medici ed infermieri: ciascuno con una percentuale del 27,5%). Con uno stacco considerevole (8,3% per il personale amministrativo), la risposta è stata via via decrescente per le altre categorie professionali, raggiungendo il minimo (0,9%) per farmacisti, addetti al trasporto dei malati ed assistenti sociali.

Per quanto riguarda eventuali effetti collaterali insorti dopo la vaccinazione, l'80% dei vaccinati ha di-

Intenzione di vaccinarsi nella stagione autunnale 2004/2005



chiarato di non averne avuto alcuno, mentre nel rimanente 20% dei casi sono stati riferiti sintomi quali dolenzia nella sede d'inoculazione (43%), febbre (29%), astenia (11%) od altro (18%).

Un dato significativo, emerso dalla lettura del questionario, è che l'83% dei dipendenti vaccinati dichiara di non aver contratto l'infezione né alcuna sindrome similinfluenzale nel periodo dell'epidemia (gennaio - febbraio 2004).

Ciò è in linea con i dati americani, secondo i quali il vaccino ha un'effica-



La soluzione per trasformare ogni giorno in un Giorno Unico

Mölnlycke Health Care, leader nella fornitura di teli, reti, carichi, drappi, cappellini, mascherine ed altri accessori medico è da più di 40 anni all'avanguardia nel campo del controllo delle infezioni della ferita chirurgica e gioca sempre più un ruolo chiave nello sviluppo di soluzioni sicure, semplici da usare ed economicamente vantaggiose.

Per aiutare i nostri clienti ad adeguarsi alla sempre crescente domanda di efficienza e controllo dei costi le nostre offerte includono servizi, formazione del personale e soluzioni logistiche. In questo modo aiutiamo i nostri clienti a concentrarsi pienamente sul loro ruolo sanitario creando "peace of mind in the operating room".

Soluzioni per una migliore efficienza in Day Surgery

Sempre più procedure chirurgiche vengono eseguite in regime di Day Surgery e Mölnlycke Health Care è in grado di rispondere alle specifiche esigenze di questo settore grazie alla possibilità di utilizzare i teli personalizzati per intervento **ProcedurePak™** che coniugano alta qualità e controllo dei costi, ottimizzando sicurezza ed efficienza nella tua attività chirurgica.

Contatti i nostri uffici o visita il nostro sito www.molnlycke.net: scoprirà la soluzione per trasformare ogni giorno in un Giorno Unico!

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



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

ZACCARIA BARRIER SYSTEM

INDICAZIONE E SICUREZZA IN SALA OPERATORIA

La Zaccaria ha progettato e realizzato un sistema dedicato alla gestione di prodotti confezionati con tecnici avanzatissimi, dedicati alle sale operatorie. Il ZACCARIA BARRIER System. Obiettivo primario è quello di coniugare elevato standard di sicurezza e comfort, fornendo un sistema che infondono nella qualità dei materiali chirurgici, la ZCC e un sistema continuo in continuo sviluppo e aggiornamento in grado di rispondere, mediante la specializzazione di uno specialista dedicato, le esigenze dei team operatorie e di rispondere alle problematiche che si manifestano durante l'attività chirurgica.

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

Alcune immagini della produzione di kit
professionali per il settore operatorio

Consenso informato: esperienza all'interno dell'Azienda Sanitaria Ospedaliera Materno Infantile O.I.R.M. - S. Anna di Torino

Riassunto

Il consenso informato è il processo attraverso il quale il medico fornisce al cittadino-paziente informazioni sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive terapeutiche e sulla verosimili conseguenze della terapia e/o della mancata terapia, al fine di promuovere una scelta pienamente autonoma da parte del cittadino-paziente, come previsto dall'articolo 32 della Costituzione e dal Codice di Deontologia Medica. Il contenuto del consenso informato è l'insieme delle comunicazioni verbali e documentali che costituiscono l'informazione diretta al cittadino-paziente, nonché l'acquisizione formale del consenso del cittadino a sottoporsi all'atto medico proposto. Viene presentato un lavoro di formazione ed elaborazione del consenso informato svolto presso una Azienda Sanitaria Materno - Infantile.

Summary

Informed consent is the trial through which the physician furnishes to city-patient information on the diagnosis, prognosis, therapeutic perspectives and on the likely consequences of therapy e/o of elegant therapy, al misses it to promote an autonomous choice fully from the city-patient, as foreseen from the article 32 of the Constitution and from the Code of Medical Code of ethics. The content of the informed consent is the whole the oral communications and document them that they constitute the direct information to the city-patient, as well as the formal acquisition of the consent of the citizen to undergo to the proposed medical action. You/he/she is introduced a job of formation and elaboration of the informed consent develop near a Maternal Sanitary Firm - Childish.

G. Rabacchi*, **G. Poppa****, **V. Pastino*****

*Direttore Sanitario Presidio S. ANNA ASD OIRM S. ANNA Torino

**ostetrica - UPQ ASD OIRM S. ANNA Torino

***Direttore Sanitario ASD OIRM S. ANNA Torino

INTRODUZIONE

Il consenso informato rappresenta lo strumento con cui un cittadino esercita volontariamente e consapevolmente il suo diritto nell'accettazione o nel rifiuto della cura (diagnosi, e terapia).

Si tratta di un vero e proprio documento con valore legale, benché non abbia una esplicita e specifica regolamentazione in ambito penale ma solo nel Codice Deontologico di tutte le professioni sanitarie, il cui scopo è quello di tutelare il cittadino sia sotto il profi-

lo di un protagonismo attivo nella tutela della salute, oltre che il professionista. Il Codice di Deontologia medica del 1998 riporta nel capo IV art. 30: "Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate; il medico nell'informarlo dovrà tener conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche". Art. 31:

"Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza.

Esistono molti motivi per cui la discussione sul consenso informato è estremamente attuale. Uno stimolo significativo si è avuto con le disposizioni della Regione Piemonte relative ai requisiti per l'Accreditamento Istituzionale (DGR n. 616-C.R. 3149 del 2000 e s.m.i.), considerata come opportunità di sviluppo del Sistema Qualità Aziendale. Inoltre nel nuovo scenario, si assiste sempre più ad una preoccupante crescita della spesa, limitatezza delle risorse ed aumento dei contenziosi tra il cittadino e la struttura sanitaria cui si rivolge: ciò rende necessario ricorrere a forme d'assistenza efficaci, efficienti ed appropriate, erogate con il consenso sociale ed a alti livelli di qualità percepita.

In passato la relazione terapeutica era basata sul "principio di beneficenza": ossia il medico sapeva esattamente quanto si doveva fare per curare al meglio i suoi malati e agiva di conseguenza. Pertanto il paziente subiva passivamente la cura, secondo forme di paternalismo.

Oggi, grazie ad un elevato livello di scolarizzazione ed ai mass media, è accresciuta la conoscenza per la tutela dei propri diritti. Sta sempre di più affermandosi l'importanza del "principio d'autonomia" o "autodeterminazione", secondo cui il malato o l'utente è il primo responsabile del mantenimento e/o del ripristino della sua salute, co-



PAROLE CHIAVE: consenso informato, relazione terapeutica, autodeterminazione del cittadino consapevole, scelte

KEY WORDS: *consent informed-alliance therapeutics-self-determination of the aware city-choices*

me recitato dall'articolo 32 comma 1 della Costituzione: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti" e dal comma 2°: "Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana." Affinché quest'autonomia prenda corpo nella pratica, occorre dare al cittadino gli strumenti per esercitare tale attività.

Da qui la necessità di informare sulle sue condizioni e sulle terapie disponibili, stimolandone la partecipazione attiva al processo decisionale.

Il ruolo dell'informazione è pertanto, essenziale e deve essere:

- Chiara;
 - dettagliata
 - sobria (priva di eccesso di tecnicismo);
 - corretta;
 - tempestiva (adeguata nell'aggiornamento per tutta la durata del trattamento)
 - personalizzata (adeguata al livello di cultura dell'assistito);
 - esauriente (ogni quesito posto dall'assistito deve essere accolto e soddisfatto con chiarezza);
 - veritiera;
- e deve essere tale da porre l'utente nelle condizioni di una scelta consapevole sulla:
- diagnosi,
 - prognosi,
 - eventuali alternative diagnostico-terapeutiche di intervento
 - modalità attraverso le quali avverrà l'anestesia
 - rischi che l'intervento comporta
 - rischi dell'eventuale rifiuto

- durata del percorso post intervento
- prognosi della malattia
- complicanze, insuccessi della terapia proposta.

La comunicazione diventa quindi una sfida professionale per i professionisti della sanità, sulla base dei principi dell'alleanza terapeutica.

La constatazione che l'atto medico si legittima soprattutto in virtù del consenso informato oltre che per le sue finalità terapeutiche, nella nostra Azienda è andato ad aumentare l'attenzione dei professionisti verso questa pratica, nell'ambito di un processo in atto di gestione del rischio clinico

MATERIALE E METODI

Ogni reparto /servizio, sia per le prestazioni in regime di ricovero che in regime ambulatoriale, aveva pensato di redigere un proprio modulo, senza peraltro alcun supporto medicolegale, con formule non sempre corrette ed inappropriate, peraltro fonti di potenziali contenziosi legali e senza una condivisione tra i professionisti e la Direzione Sanitaria.

Nel 2001 l'ASO OIRM - S. Anna ha realizzato un corso di sensibilizzazione volto a chiarire ai Direttori di Dipartimento/Struttura Complessa ed ai referenti dei presidi OIRM e S. ANNA, la corretta gestione della documentazione clinica e le problematiche legate al carteggio in uso, in particolare cartella clinica, consenso informato e Scheda di Dimissione Ospedaliera, con particolare riferimento agli aspetti giuridici, medico legali e deontologici.

Così la stessa Direzione Generale

ha assegnato a tutti i Dipartimenti sanitari, utilizzando lo strumento strategico del sistema premiante con gli obiettivi annuali di efficacia, efficienza e qualità - retribuzione di risultato, l'obiettivo di "partecipazione alla redazione di un modello unico per la raccolta del consenso informato". Per raggiungere quest'obiettivo, si è reso necessario attivare un progetto più ampio:

- pianificare e realizzare un corso di formazione ad hoc sul consenso informato, individuando dei referenti per ogni struttura complessa, secondo un sistema di coinvolgimento a cascata;
- censire e raccogliere tutti i consensi informati adottati nelle Strutture complesse e Strutture semplici sia all'Ospedale Ostetrico Ginecologico S. Anna che all'Ospedale Infantile Regina Margherita affinché si possa fare una verifica e revisione della loro qualità utilizzando una matrice accreditata e una valutazione della presenza di tutti i requisiti minimi previsti;
- elaborazione ed interpretazione, sempre sotto il tutoraggio di esperti, dei dati e riflessione sui risultati;
- redazione di un modello unico condiviso per Presidio che consenta di descrivere al cittadino, le ipotesi diagnostico-terapeutiche, proporre le varie possibilità di scelta terapeutica, ascoltare le esigenze, i valori e le angosce del paziente;
- predisposizione di più note informative relative alle attività diagnostiche, interventistiche/chirurgiche, terapeutiche e sperimentali per le quali si richiede il consenso scritto.

RISULTATI

Sono stati realizzati 2 edizioni del corso, distinti per presidio, finanziati dal Fondo sociale europeo, ognuna caratterizzata da 3 incontri in plenaria condotti dal medico legale, medico di direzione sanitaria

con particolare esperienza in materia di consenso informato. Nel contempo è stata applicata la griglia di revisione e verifica della qualità ai moduli adottati. A conclusione sono stati prodotti 6 modelli di consenso informato: 1 generico specifico per presidio, 1 parto cesareo, 1 Interruzione Volontaria di Gravidanza, 1 Sterilizzazione tubarica, 2 anestesia, (allegati 1-7) nel rispetto di tutte le norme e le leggi attuali.

Nel contempo e solo per il presidio S. Anna i referenti hanno provveduto a predisporre più note informative, relative sia gli interventi in regime ambulatoriale sia gli interventi in regime di degenza, da allegare al consenso informato secondo la griglia elaborata dal Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani, periodicamente aggiornati. Ciò nonostante nel gruppo di lavoro è andata via via aumentando la consapevolezza che ottenere un consenso informato non è questione risolvibile attraverso la compilazione di un modulo e la consegna di note informative, bensì la comprensione e l'adesione del cittadino a quanto gli viene proposto, che è frutto della relazione intrapersonale tra il medico e lo stesso cittadino (alleanza terapeutica - partenship).

CONCLUSIONI

Infine è stata elaborata una procedura, a cura dell'Ufficio Qualità, a cui ogni professionista deve attenersi nella raccolta del consenso informato. (allegato 8)

I prodotti realizzati sono stati presentati ai Direttori dei Dipartimenti e a tutto il personale sanitario operante nell'Azienda e sono stati chiesti i pareri e suggerimenti alla S. C. Legale interno all'Azienda, al Medico legale in convenzione, all'esperto in diritto amministrativo. Per ultimo è stato presentato agli organi di tutela dei cittadini, tra-

mite l'Ufficio per le relazioni con il pubblico-URP.

Tutto ciò non rappresenta la conclusione di un progetto, bensì uno stimolo a proseguire il percorso intrapreso valutando, oltre tutto, anche la qualità percepita negli operatori e nei cittadini e i costi aziendali in termini di stampa, semplificazione di procedure, la riduzione dei contenziosi.

BIBLIOGRAFIA

* *Atti Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Torino: "Convegno di formazione in Etica e Deontologia sul Consenso Informato e Accanimento terapeutico": Torino, 30-01 dicembre 2001*

* *Iadecola G, Consenso del paziente e trattamento medico-chirurgico - 1989 - Liviana Editrice.*

* *Feola T, Il rapporto medico-paziente. Aspetti giuridici e giurisprudenziali; in Medicina Legale - 1995 - ed. Minerva Medica.*

* *Serra G.B. "Fisiopatologia del rapporto medico paziente in Ginecologia" Ed Scientifiche Media Med - Milano 2000*

* *Introna F, La responsabilità del medico per colpa; in Trattato di Medicina Legale a cura di Giusto Giusti - 1999 - edizioni Cedam.*

* *Santosuosso A. "Il rapporto medico paziente nel diritto e nella giurisprudenza" Guida all'esercizio professionale per i medici chirurghi e gli odontoiatri Ed. Medico Scientifiche Torino 1994*

Allegato 1 DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Cognome.....
Nome.....
Luogo di nascita.....
Data di nascita.....
Patologia presunta.....
Procedura proposta.....
Io sottoscritto.....

1. dichiaro di essere stata informata in modo comprensibile ed esauriente dal/la Dott./ssa.....

in data.....

alle ore.....
anche mediante informativa scritta:

SI NO

sul mio stato di salute;

sul tipo di procedura diagnostica/terapeutica a cui sarò sottoposta;

sui benefici, le complicanze, i rischi, gli esiti (anche tardivi) ed i postumi ad essa associati;

sulle conseguenze della mancata esecuzione della procedura proposta;

sulle eventuali alternative diagnostiche/terapeutiche;

sull'eventuale prelievo, conservazione e utilizzo a scopo diagnostico e scientifico di campioni biologici;

2. dichiaro di aver ricevuto risposta esauriente a tutti i quesiti posti;

3. preso atto della situazione illustrata, accetto spontaneamente, liberamente e in piena coscienza la procedura propostami :

SI NO

4. accetto che alla procedura propostami sia apportata la seguente variazione:.....

qualora, nel corso della procedura stessa, emergano elementi o insorgano fatti nuovi che al momento la consigliano nel mio esclusivo interesse;

5. acconsento di essere sottoposta alle indagini clinico-strumentali previste per approfondire o convalidare la diagnosi sia della patologia presunta che di eventuali patologie concomitanti;

6. dichiaro di essere stata informata in modo comprensibile ed esauriente

sull'eventualità che si renda necessario il trattamento con sangue e emoderivati;

sulle conseguenze del mancato trattamento;

sui rischi connessi con l'uso di san-



gue e emoderivati (reazioni da incompatibilità e trasmissione di infezioni);
 ✗ sul fatto che sarà adottata ogni ragionevole precauzione per limitare tali rischi: in particolare, sarà controllata la compatibilità e il sangue del donatore sarà testato per i virus dell'epatite B e C, per il virus HIV, per la lue;
 ✗ sull'opportunità di essere sottoposta agli accertamenti diagnostici sopra menzionati (epatite B e C, HIV, lue);
 ✗ sulla possibilità/ non possibilità di eseguire un programma di autotrasfusioni;

7. acconsento al trattamento con sangue e emoderivati come propostomi dai medici curanti : o SI o NO;

8. acconsento alla determinazione degli anticorpi anti-HIV;

9. dichiaro di essere stata informata circa la possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento;

10. Qualora la procedura venga effettuata in regime di DAY SURGERY, mi assumo la responsabilità per quanto compete l'osservazione delle regole igienico-sanitarie domiciliari consigliate.

11. autorizzo a trasmettere informazioni sul mio stato di salute al sig/ra.....

12. osservazioni/note:
 per il consenso informato alle procedure anestesologiche si rimanda alla cartella anestesologica.....

Data.....
 Ora
 Firma dell'assistita / legale rappresentante.....
 Firma del medico.....

lo sottoscritta.....
 revoco il consenso
 osservazioni/note
 Data.....
 Ora
 Firma dell'assistita /
 legale rappresentante.....
 Firma del medico.....

Allegato 2 DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Cognome.....
 Nome
 data di nascita.....
 Patologia presunta o sintomi.....

Tipo di procedura proposta.....

1. Noi sottoscritti:

PADRE.....

MADRE.....

dichiaro di non essere decaduti dalla potestà parentale e di non essere sottoposti, da parte dell'autorità giudiziaria, a provvedimenti limitativi sul minore;

dichiaro, inoltre, di essere stati informati in modo comprensibile ed esauriente dal/la dott./ssa.....
 in data.....
 alle ore..... anche mediante informativa scritta:

SI NO su:

✗ stato di salute del/la minore;

✗ tipo di procedura diagnostica - terapeutica a cui verrà sottoposto/a;

✗ benefici, complicanze, rischi, esiti (anche tardivi) e postumi ad essa specificamente correlati;

✗ eventuale necessità di modifica e/o ampliamento della procedura nell'interesse del malato;

✗ possibili alternative diagnostiche - terapeutiche e conseguenze della mancata esecuzione della procedura proposta;

* eventuale prelievo, conservazione e utilizzo a scopo diagnostico e scientifico di campioni biologici;

2. Dichiaro di aver avuto risposte esaurienti a tutti i nostri quesiti;

3. Preso atto della situazione illustrata, accettiamo spontaneamente, liberamente ed in piena coscienza la procedura propostaci: o SI o NO

4. Acconsentiamo di far sottoporre il minore a indagini clinico - strumentali previste per approfondire o convalidare la diagnosi sia della patologia accertata sia di eventuali patologie concomitanti;

5. dichiaro di essere stati informati in modo comprensibile ed esauriente:

✗ sulla necessità di trattamento con sangue ed emoderivati e sulle conseguenze di un mancato trattamento con dette sostanze;

✗ circa i rischi connessi con l'uso di sangue ed emoderivati (reazioni da incompatibilità e trasmissione di infezioni) e che verrà presa ogni ragionevole precauzione per evitarli; in particolare, che verrà controllata la compatibilità, la presenza di virus dell'e-

patite B e C, virus HIV, infezione luetica;

✗ sull'opportunità di eseguire gli esami sopra menzionati (emogruppo, virus dell'epatite B e C, virus HIV, lue) su nostro figlio;

✗ circa la possibilità o meno di eseguire un programma di autotrasfusione;

✗ pertanto diamo il consenso al trattamento con sangue ed emoderivati come proposto dai curanti o SI o NO e diamo il consenso all'esecuzione degli esami sierologici citati su nostro figlio, in particolare il test per il virus HIV SI NO

6. Dichiaro di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento.

7. Qualora la procedura venga effettuata in regime di Day Surgery, ci assumiamo la responsabilità per quanto compete l'osservazione delle regole igienico-sanitarie domiciliari consigliate.

8. Osservazioni/note:.....

Data.....

Ora

FIRMA PADRE.....

FIRMA MADRE.....

Legale rappresentante.....

Timbro e firma del medico.....

Noi sottoscritti:

PADRE

MADRE.....

revochiamo il consenso

osservazioni/note.....

Data.....

Ora

FIRMA PADRE.....

FIRMA MADRE.....

Legale rappresentante.....

Timbro e firma del medico.....

Avendo rifiutato la procedura e/o la trasfusione proposte dai curanti, prendiamo atto di quanto segue: l'ordinamento italiano non consente ai genitori di prendere decisioni che possono rivelarsi pregiudizievoli per l'interesse del figlio (artt. 330 e 333 C.C.) e pertanto l'Ospedale provvederà alla immediata segnalazione del caso al Tribunale dei Minori, riservandosi, ove se ne presentassero le necessità per situazioni gravi o di emergenza, di procedere comunque al trattamento necessario al fine di evitare un grave danno alla persona del minore (art. 54 C.P.)

Allegato 3 DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PARTO CESAREO

Cognome.....
 Nome.....
 Luogo di nascita.....
 Data di nascita.....
 Procedura proposta:
 Taglio cesareo
 programmato
 urgente
 emergenza

Indicazione:.....
 lo sottoscritta.....
 1. dichiaro di essere stata informata
 in modo comprensibile ed esauriente
 dal/la Dott./ssa.....in
 dataalle ore.....
 anche mediante informativa scritta:
 SI NO

X sulla effettiva opportunità/necessità dell'intervento nell'interesse materno/fetale;
X sulle conseguenze materno/fetali derivanti dalla mancata esecuzione dell'intervento;
X sul tipo di procedura a cui sarò sottoposta;
X sui benefici, le complicanze, i rischi, gli esiti (anche tardivi) ed i postumi ad essa associati;
X sull'eventuale prelievo, conservazione e utilizzo a scopo diagnostico e scientifico di campioni biologici
 2. dichiaro di aver ricevuto risposta esauriente a tutti i quesiti posti;
 3. preso atto della situazione illustratami, accetto spontaneamente, liberamente e in piena coscienza la procedura propostami : SI NO
 4. acconsento di essere sottoposta alle indagini clinico-strumentali previste per approfondire o convalidare la diagnosi circa lo stato di salute mio e del feto e circa eventuali patologie concomitanti;

5. dichiaro di essere stata informata in modo comprensibile ed esauriente
X sull'eventualità che si renda necessario il trattamento con sangue e emoderivati;
X sulle conseguenze del mancato trattamento;
X sui rischi connessi con l'uso di sangue e emoderivati (reazioni da incompatibilità e trasmissione di infezioni);

X sul fatto che sarà adottata ogni ragionevole precauzione per limitare tali rischi: in particolare, sarà controllata la compatibilità e il sangue del donatore sarà testato per i virus dell'epatite B e C, per il virus HIV, per la lue;
X sull'opportunità di essere sottoposta agli accertamenti diagnostici sopra menzionati (epatite B e C, HIV, lue);
X sulla possibilità/non possibilità di eseguire un programma di autotrasfusioni;

6. acconsento al trattamento con sangue e emoderivati come propostomi dai medici curanti : o SI o NO;

7. acconsento alla determinazione degli anticorpi anti-HIV;

8. dichiaro di essere stata informata circa la possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento;

9. autorizzo a trasmettere informazioni sul mio stato di salute al sig/ra.....

10. osservazioni/note:
 per il consenso informato alle procedure anestesilogiche si rimanda alla cartella anestesilogica.....

Data.....
 Ora

Firma dell'assistita /
 legale rappresentante.....

Firma del medico.....
 lo sottoscritta.....

revoco il consenso al parto cesareo programmato

osservazioni/note.....
 Data.....

Ora

Firma dell'assistita / legale rappresentante.....

Firma del medico.....

Allegato 4 DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA (I.V.G.)

Cognome.....
 Nome.....

Luogo di nascita.....
 Data di nascita.....

Procedura proposta Interruzione di gravidanza alla

settimana

mediante.....
 lo sottoscritta

1. dichiaro di essere stata informata in modo comprensibile ed esauriente dal/la Dott./ssa.....

in dataalle ore
 anche mediante informativa scritta:
 VEDI RETRO

X sul mio stato di salute;

X sul tipo di procedura diagnostica/terapeutica a cui sarò sottoposta;

X sui benefici, le complicanze, i rischi, gli esiti (anche tardivi) ed i postumi ad essa associati;

X sulle conseguenze della mancata esecuzione della procedura proposta;

X sulle eventuali alternative diagnostiche/terapeutiche;

X sull'eventuale prelievo, conservazione e utilizzo a scopo diagnostico e scientifico di campioni biologici;

2. dichiaro di aver ricevuto risposta esauriente a tutti i quesiti posti;

3. preso atto della situazione illustratami, accetto spontaneamente, liberamente e in piena coscienza la procedura propostami: SI NO

4. accetto che alla procedura propostami sia apportata la seguente variazione:.....

qualora, nel corso della procedura stessa, emergano elementi o insorgano fatti nuovi che al momento la consigliano nel mio esclusivo interesse;

5. dichiaro di essere stata informata circa la possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento;

6. dichiaro di essere stata informata di eseguire un test di gravidanza ed una visita di controllo a 20 giorni dell'esecuzione dell'I.V.G., anche in assenza di palesi complicazioni

7. Qualora la procedura venga effettuata in regime di DAY SURGERY, mi assumo la responsabilità per quanto compete l'osservazione delle regole igienico-sanitarie domiciliari consigliate.

8. autorizzo a trasmettere informazioni sul mio stato di salute al sig/ra.....

9. osservazioni/note:

per il consenso informato alle procedure anestesilogiche si rimanda alla cartella anestesilogica

Data.....

Ora

Firma dell'assistita/
 legale rappresentante.....

Firma del medico.....
 lo sottoscritta.....

revoco il consenso

osservazioni/note.....
 Data.....
 Ora
 Firma dell'assistita / legale rappresentante.....
 Firma del medico.....

L I.V.G. è l' interruzione volontaria della gravidanza iniziale ai sensi della legge 194/ 78 su esclusiva richiesta materna.

Si effettua tramite aspirazione con cannule monouso previa adeguata dilatazione del collo uterino.

L'intervento può essere seguito da una revisione con curette della cavità uterina, per accertarsi che l' operazione sia stata eseguita in modo completo. L'intervento può essere seguito da una terapia medica in casi selezionati, rivolta alla prevenzione di complicanze emorragiche ed infettive.

Anche l'intervento di I.V.G., pur essendo a basso rischio di complicazioni, non ne è esente, come tutti gli interventi chirurgici. Riteniamo pertanto opportuno per maggiore conoscenza delle pazienti e per evitare un'eventuale sottostima dell'intervento stesso, per la sua esecuzione in regime di ricovero in Day Hospital, puntualizzare le complicazioni più importanti, anche se a bassa frequenza d'incidenza.

E' importante essere informati sui possibili rischi e conseguenze dell'intervento di interruzione volontaria di gravidanza per isterosuzione.

In particolare sulla possibilità di:

1. fallimento, nel senso che la gravidanza può proseguire con la conseguenza di eventuale ripetizione dell'intervento o, se oltre il termine legale, con l'impossibilità di rimettere l'intervento (0,04%)

2. ritenzione parziale di materiale oculare con relativo rischio di sanguinamento anormale e di infezione (5,2%)

3. rischio di sterilità o di infertilità successiva (dati non ancora disponibili)

4. rischio chirurgico di lesioni a carico dell'utero e degli annessi uterini (0,3%)

5. rischio anestesilogico generico.

Cosa si può verificare dopo un' interruzione di gravidanza:

a) postumi normali (non preoccupanti): in alcuni casi, fin dal giorno successivo all'intervento, non si verifica né

emorragia, né dolore e la temperatura è normale in particolare quando l'I.V.G. viene praticata nelle prime settimane di amenorrea. A volte questa assenza di emorragia può durare dai 3 ai 4 giorni, poi verso il 4°-5° giorno può verificarsi un' abbondante emorragia con dei coaguli (vi dovetecambiare 7-8 volte nel giro di 12 ore) con conseguenti dolori simili a violente coliche e con una temperatura intorno ai 38°.

Questo stato di cose non dovrà durare più di 24 ore .

In altri casi, generalmente per una decina di giorni dopo l'I.V.G., potrete avere delle emorragie (meno abbondanti dei cicli mestruali), dolori (tipo coliche, mestruazioni dolorose), un po' di temperatura fra i 37°5 ed i 37,9°.

Se nel complesso, questi sintomi non oltrepassano tale limite, non c'è motivo di preoccupazione.

b) Postumi anormali (da segnalare al medico):

potrà verificarsi:

✗ un' emorragia abbondante in quantità superiore a quella del normale ciclo senza coaguli oppure un' emorragia per un periodo troppo lungo;

✗ un dolore sordo e continuo che vi impedisce di tossire, che disturba la respirazione, non paragonabile ai dolori mestruali;

✗ una temperatura superiore ai 37,8°che duri più di 48 ore;

✗ sangue mescolato a pus, perdite scure, ecc.;

✗ uno qualsiasi di questi sintomi accompagnato da una sensazione di svenimento o di intensa stanchezza.

Allegato 5 DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALL'ANESTESIA - ANALGESIA

Cognome.....

Nome.....

Luogo di nascita.....

Data di nascita

Tipo di Intervento.....

Tipo di Analgesia proposta

Tipo di Anestesia proposta

lo sottoscritto.....

1. dichiaro di essere stata informata in modo comprensibile ed esauriente dal/la Dott./ssa.....in

data alle ore.....
 anche mediante informativa scritta:
 SI NO

✗ sul rischio anestetico;

✗ sul tipo di anestesia - analgesia a cui sarò sottoposta;

✗ eventuale necessità di modifica e/o ampliamento dell'anestesia - analgesia nel mio interesse;

✗ sulle eventuali alternative anestesilogiche - antalgiche e della mancata esecuzione dell'anestesia - analgesia proposta;

✗ sull'eventuale prelievo, conservazione e utilizzo a scopo diagnostico e scientifico di campioni biologici;

✗ sulla possibilità di utilizzo della stessa tecnica, qualora si renda necessario l'espletamento del parto per via chirurgica;

2. dichiaro di aver ricevuto risposta esauriente a tutti i quesiti posti;

3. preso atto della situazione illustratami, accetto spontaneamente, liberamente e in piena coscienza la procedura propostami: SI NO

4. accetto che alla procedura propostami siano apportate modifiche e/o ampliamenti qualora, nel corso della procedura stessa, emergano elementi o insorgano fatti nuovi che al momento le consiglio nel mio esclusivo interesse;

5. acconsento di essere sottoposta a manovre invasive qualora ritenute necessarie nel mio esclusivo interesse;

6. dichiaro di essere stata informata in modo comprensibile ed esauriente ✗ sull'eventualità che si renda necessario il trattamento con sangue e emoderivati;

✗ sulle conseguenze del mancato trattamento;

✗ sui rischi connessi con l'uso di sangue e emoderivati (reazioni da incompatibilità e trasmissione di infezioni);

✗ sul fatto che sarà adottata ogni ragionevole precauzione per limitare tali rischi: in particolare, sarà controllata la compatibilità e il sangue del donatore sarà testato per i virus dell'epatite B e C, per il virus HIV, per la lue;

✗ sull'opportunità di essere sottoposta agli accertamenti diagnostici sopra menzionati (epatite B e C, HIV, lue);

✗ sulla possibilità/ non possibilità di eseguire un programma di autotrasfusioni;

7. acconsento al trattamento con sangue e emoderivati come propostomi dai medici curanti : o SI o NO;
 8. acconsento alla determinazione degli anticorpi anti-HIV;
 9. dichiaro di essere stata informata circa la possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento;
 10. autorizzo a trasmettere informazioni sul mio stato di salute al sig/ra.....
 11. osservazioni/note.....
 Data
 Ora
 Firma dell'assistita/
 legale rappresentante.....
 Firma del medico.....
 lo sottoscritta.....
 revoco il consenso
 osservazioni/note.....
 Data
 Ora
 Firma dell'assistita/
 legale rappresentante.....
 Firma del medico.....

**Allegato 6
 DICHIARAZIONE DI CONSENSO
 INFORMATO ALL'ANESTESIA -
 ANALGESIA OIRM**

Cognome.....
 Nome
 data di nascita.....
 Patologia presunta o sintomi.....
 Tipo di anestesia - analgesia proposta.....
 1. Noi sottoscritti :
 PADRE
 MADRE.....
 dichiariamo di non essere decaduti dalla potestà parentale e di non essere sottoposti, da parte dell'autorità giudiziaria, a provvedimenti limitativi sul minore;
 dichiariamo, inoltre, di essere stati informati in modo comprensibile ed esauriente dal/la dott./ssa.....
 anche mediante informativa scritta :
 SI NO su:
 stato di salute del/la minore;
 tipo di anestesia - analgesia a cui verrà sottoposto/a;
 benefici, complicanze, rischi, esiti (anche tardivi) e postumi ad essa specificamente correlati;
 eventuale necessità di modifica e/o ampliamento dell'anestesia - analgesia

sia nell'interesse del malato;
 possibili alternative anestesologiche - antalgiche;
 eventuale prelievo, conservazione e utilizzo a scopo diagnostico e scientifico di campioni biologici;
 2. Dichiariamo di aver avuto risposte esaurienti a tutti i nostri quesiti;
 3. Preso atto della situazione illustrataci, accettiamo spontaneamente, liberamente ed in piena coscienza la procedura propostaci: o SI o NO
 4. Acconsentiamo di far sottoporre il minore a manovre o attività invasive qualora ritenute necessarie nell'interesse del malato;
 5. dichiarano di essere stati informati in modo comprensibile e d esauriente:
 sulla necessità di trattamento con sangue ed emoderivati e sulle conseguenze di un mancato trattamento con dette sostanze;
 circa i rischi connessi con l'uso di sangue ed emoderivati (reazioni da incompatibilità e trasmissione di infezioni) e che verrà presa ogni ragionevole precauzione per evitarli; in particolare, che verrà controllata la compatibilità, la presenza di virus dell'epatite B e C, virus HIV, infezione luetica;
 sull'opportunità di eseguire gli esami sopra menzionati (emogruppo, virus dell'epatite B e C, virus HIV, lue) su nostro figlio;
 circa la possibilità o meno di eseguire un programma di autotrasfusione;
 Pertanto diamo il consenso al trattamento con sangue ed emoderivati come proposto dai curanti SI NO e diamo il consenso all'esecuzione degli esami sierologici citati su nostro figlio, in particolare il test per il virus HIV SI NO
 6. Dichiariamo di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento.
 7. Osservazioni/note:.....
 Data.....
 Ora
 FIRMA PADRE.....
 FIRMA MADRE
 Legale rappresentante.....
 Timbro e firma del medico.....
 Noi sottoscritti:
 PADRE.....

MADRE.....
 revochiamo il consenso
 osservazioni/note.....
 Data.....
 Ora
 FIRMA PADRE.....
 FIRMA MADRE
 Legale rappresentante.....
 Timbro e firma del medico.....

Avendo rifiutato la procedura e/o la trasfusione proposte dai curanti, prendiamo atto di quanto segue: l'ordinamento italiano non consente ai genitori di prendere decisioni che possono rivelarsi pregiudizievoli per l'interesse del figlio (artt. 330 e 333 C.C.) e pertanto l'Ospedale provvederà alla immediata segnalazione del caso al Tribunale dei Minori, riservandosi, ove se ne presentassero le necessità per situazioni gravi o di emergenza, di procedere comunque al trattamento necessario al fine di evitare un grave danno alla persona del minore (art. 54 C.P.)

**Allegato 7
 CONSENSO INFORMATO
 RELATIVO ALLA STERILIZZAZIONE
 TUBARICA**

Cognome.....
 Nome.....
 Luogo di nascita
 Data di nascita
 Procedura proposta: sterilizzazione tubarica per via
 lo sottoscritta
 avendo fatta richiesta di sterilizzazione tubarica
 1. dichiaro di essere stata informata in modo comprensibile ed esauriente dal/laDott./ssa.....
 in dataalle ore
 mediante informativa scritta: vedi retro
 sul mio stato di salute;
 sul tipo di procedura terapeutica a cui sarò sottoposta;
 sui benefici, le complicanze, i rischi, gli esiti (anche tardivi) ed i postumi ad essa associati;
 sulle conseguenze della mancata esecuzione della procedura proposta;
 sulle eventuali alternative diagnostiche/terapeutiche;
 sull'eventuale prelievo, conservazione e utilizzo a scopo diagnostico e scientifico di campioni biologici;

2. dichiaro di aver ricevuto risposta esauriente a tutti i quesiti posti;

3. preso atto della situazione illustratami, accetto spontaneamente, liberamente e in piena coscienza la procedura propostami : SI NO

4. accetto che alla procedura propostami sia apportata la seguente variazione:.....
 qualora, nel corso della procedura stessa, emergano elementi o insorgano fatti nuovi che al momento la consigliano nel mio esclusivo interesse;

5. dichiaro di essere stata informata circa la possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento;

6. qualora la procedura venga effettuata in regime di DAY SURGERY, mi assumo la responsabilità per quanto compete l'osservazione delle regole igienico-sanitarie domiciliari consigliate.

7. autorizzo a trasmettere informazioni sul mio stato di salute al sig/ra.....

8. osservazioni/note:
 per il consenso informato alle procedure anestesilogiche si rimanda alla cartella anestesilogica
 Data.....
 Ora
 Firma dell'assistita
 Firma del medico.....
 lo sottoscritto.....
 revoco il consenso
 - osservazioni/note
 Data.....
 Ora
 Firma dell'assistita / legale rappresentante.....
 Firma del medico.....

INFORMATIVA RELATIVA ALLA STERILIZZAZIONE TUBARICA

Gentile Signora, ogni atto medico richiede il consenso dell'interessata dopo adeguata informazione. Le chiediamo pertanto di leggere questo documento, a testimonianza dell'informazione fra noi intercorsa circa la programmazione del suo intervento chirurgico. La sterilizzazione tubarica è una metodica chirurgica permanente di controllo della fertilità.

TECNICA

L'interruzione della pervietà tubarica può essere realizzata sia a cielo aperto, cioè nel corso di un intervento chirurgico ad addome aperto (es. taglio cesareo) sia per via laparoscopica (di entrambe si rimanda a nota informativa specifica).

La pervietà delle tube viene interrotta recidendo e asportando un tratto di entrambe le tube.

COMPLICANZE

L'intervento è semplice e sicuro. Sono comunque possibili complicanze insite nella tecnica chirurgica attraverso al quale si procede alla sterilizzazione tubarica.

FALLIMENTO

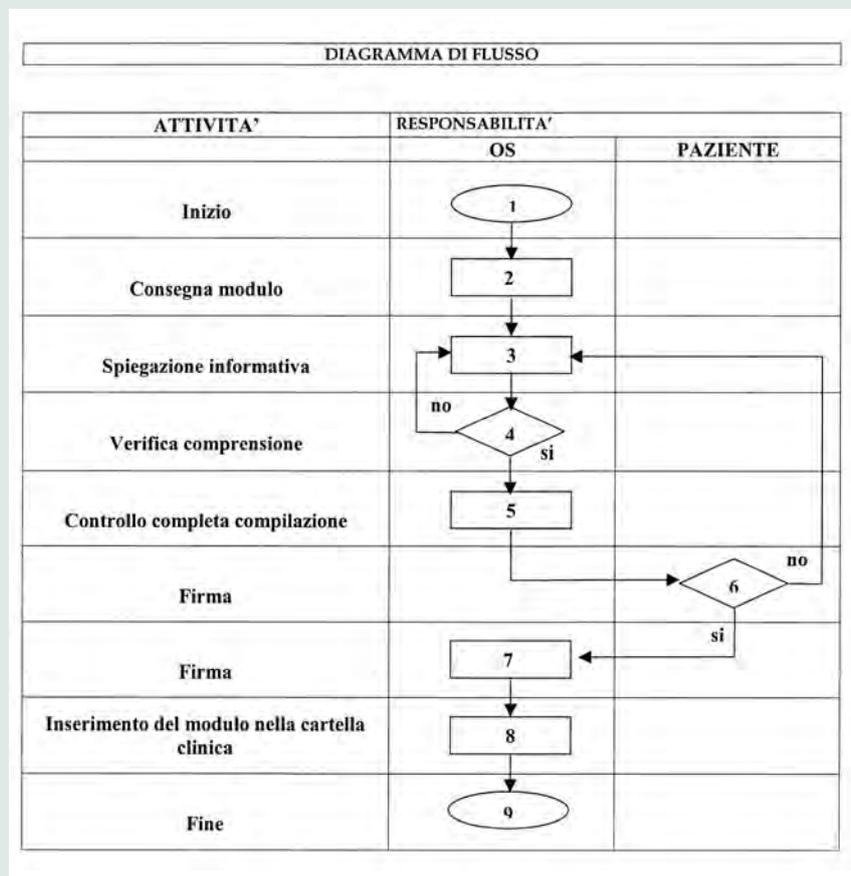
La sterilizzazione tubarica non da garanzia assoluta di evitare una gravidanza. In realtà i fallimenti e quindi le gravidanze dopo sterilizzazione tubarica sono rare (1/1000 circa). Comunque qualsiasi ritardo mestruale impone l'esecuzione

di un test di gravidanza.

REVERSIBILITA'

Nonostante i progressi della chirurgia, i tentativi di ricanalizzazione tubarica dopo intervento di sterilizzazione danno risultati deludenti. Inoltre, qualora si riesca a ripristinare la continuità della tuba, questa non sempre è in grado di funzionare correttamente, cosicché le percentuali di gravidanza ottenute dopo interventi di ricanalizzazione tubarica sono molto basse e quindi la sterilizzazione deve essere considerata una modalità che realizza un controllo permanente della fertilità e come tale è indicata solo nelle donne che hanno completato il ciclo riproduttivo. Si rimane a Sua disposizione per ulteriori chiarimenti sul significato della sterilizzazione chirurgica e sulle eventuali complicanze.

Allegato 8



UN MONDO DI SOLUZIONI A PORTATA DI MANO...

PULIZIE CIVILI ED
INDUSTRIALI

PULIZIE E SANIFICAZIONI
OSPEDALIERE

MANUTENZIONI TECNICHE
E PULIZIE CROGICHE

HANDLING

GESTIONE RIFIUTI
ED AREE VERDI

SERVIZI ALBERGHIERI

FACILITY MANAGEMENT

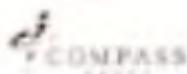
Partner insostituibile per un successo sicuro e personalizzato, Polmar è sinonimo di professionalità. Nata per soddisfare le più varie ed esigenti richieste del mercato dei servizi aziendali, ambientali ed alla persona, opera con successo anche nel facility management.

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

SINCERT [CERTO] [CERTO]
CONFORME A CONFORME A



ENRAB SpA Sede Centrale: Via Paria, 104/A - 10090 CASCHIERA VICA RIVOLI (Torino)
Tel. +39 011 9332900 r.a. - Fax +39 011 9371817 - E-mail: info@palmar.net - www.palmar.net
Ufficio: Centro Risa Lingotto - Via Nizza, 298 - 00124 Roma I Tel. +39 011 6644266 - Fax +39 011 6634547
Ufficio di Milano: Via Bergamo, 29 - 20020 Milano (MI) - Tel. +39 02 93309811 - Fax +39 02 93309800
Ufficio di Caserta: Via Cavallotti Sud, 128 - 80030 Casertavecchia (CE)
Tel. +39 0776 79349 403400 - Fax +39 0776 403166 79348



STERRAD NX

Quando la velocità è importante

Strumenti sterili quando vuoi e
dove vuoi



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

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



ADVANCED STERILIZATION PRODUCTS®

Johnson & Johnson

Indagine di clima presso l'Università Operativa di Medicina Riabilitativa Ospedale G. da Procida - A.S.L. Salerno 2

Progetto di umanizzazione Vivere bene in Ospedale: Umanizzare, Comunicare

Riassunto

La prima tappa di un processo di miglioramento è rappresentata dalla fase di conoscenza delle situazioni lavorative, individuandone di volta in volta, caratteristiche e priorità.

Lo scopo di questo lavoro, che ha utilizzato un questionario composto di 16 domande, suddivise in due parti, è quello di valutazione:

- a) il gradimento del progetto di umanizzazione "Vivere bene in Ospedale: Umanizzazione - Comunicare", da parte del personale dell'U.O. di Medicina Riabilitativa;
- b) raccogliere le opinioni sull'assistenza e sull'organizzazione del lavoro di un reparto di "lungadegenza" attivato di recente ed inserito, in un ospedale in fase di trasformazione (da Ospedale per acuti a Ospedale di Comunità).

Summary

The first stage of a process of growth consists in a period in which you start understanding working situation, identifying, step by step, features and peculiarities.

The purpose of this work, which is based on a set of 16 questions, shared in two parts, is to evaluate:

- a) the acceptance of the humanization project "to live better in the Hospital: Humanization - Communicate", by the staff of Rehabilitative Medicine;*
- b) the gather opinions on the assistance and on the working organization of a ward of "long hospitalization" put in action recently and inserted in a hospital in development (from Hospital for acute ill people to a Country Hospital).*

F. Grosso^o, D. Anzalone^{oo}, L. Memoli^{ooo}, G. Siano*, G. Mastroberto**

^oSociologo, dirigente responsabile Ufficio Relazioni con il Pubblico

^{oo}Medico, responsabile U.O. di Medicina Riabilitativa

^{ooo}Direttore sanitario P.O. da Procida, consigliere nazionale ANMDO

* Medico, responsabile struttura semplice di Riabilitazione neuroortostomatologica

**Medico, responsabile struttura semplice di Neurofisiopatologia clinica

INTRODUZIONE

L'indagine che qui viene presentata fa parte di un Progetto di umanizzazione denominato Vivere Bene in Ospedale: Umanizzare - Comunicare, in atto nell'Ospedale G. da Procida di Salerno. Questa struttura ospedaliera, dalla caratteristica architettura di un ex sanatorio, è situata su una collina della città di Salerno e gode della bella vista del golfo, circondato da un parco di notevole bellezza. Il Pro-

getto ha avuto inizio con l'avvio, circa 3 anni fa, dell'Unità Operativa di Medicina Riabilitativa. La peculiarità di questo tipo di reparto si presta ad iniziative quali quella avviata col suddetto progetto che prevede, tra le altre cose, l'organizzazione sistematica di iniziative di intrattenimento, di animazione e di socializzazione con lo scopo di rendere la permanenza in Ospedale meno gravosa e di non interrompere il rapporto con la società civile. Il Progetto prevede, inoltre, che

vengano somministrati, dopo ogni evento, questionari di gradimento ai pazienti ricoverati. Il team del Progetto è costituito da dirigenti ed operatori dell'Ufficio Relazioni col Pubblico, della Medicina Riabilitativa, della Direzione Sanitaria e della Direzione Amministrativa; con una ricca varietà di figure professionali: medici, sociologo, assistenti sociali, amministrativi, operatori professionali sanitari (infermieri, caposala, fisioterapisti).

Tale Progetto si articola in altri sottoprogetti, di cui uno è quello che qui si presenta e che muove dall'esperienza di collaborazione maturata con i vari operatori coinvolti. Si è dato, nel corso del tempo, un progressivo avvicinamento da parte del team del progetto anche a problematiche non strettamente connesse al progetto e la percezione di un tangibile, quanto indefinito, stato di sofferenza e disagio. Si è ritenuto utile, pertanto, effettuare una indagine di clima (o di people satisfaction) per approfondire tale disagio utilizzare lo strumento del questionario per sondare le opinioni degli operatori dell'Unità Operativa di Medicina Riabilitativa.

L'oggetto di indagine, partendo dal Progetto di Umanizzazione, è centrato su argomenti relativi a percezioni e vissuti inerenti il loro lavoro, l'assistenza ai pazienti, suggerimenti per il miglioramento. Tale indagine non pretende di essere esaustiva nell'analisi di tutti i problemi inerenti il rapporto di lavoro e le tematiche dell'assistenza. E', tuttavia, un'occasione per sperimentare una modalità di approccio a tali problematiche, così come suggerito anche dalla recentissima Direttiva del Ministero della Funzione



PAROLE CHIAVE: indagine di people satisfaction, burn out, risorse umane, qualità totale, ospedale

KEY WORDS: *people satisfaction survey, burn out, human resources, total quality, hospital*

Pubblica, del 24 marzo 2004, Sulle misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle pubbliche amministrazioni. La prima tappa di ogni processo di miglioramento è rappresentata dalla fase di conoscenza del fenomeno individuandone, di volta in volta, caratteristiche e priorità. Solo dopo questo necessario momento di approfondimento si potranno realizzare correttivi ed azioni di miglioramento.

Come ci è dato modo di vedere, da alcuni anni si moltiplicano le indagini che, sia nella Pubblica Amministrazione, sia nei settori produttivi, si occupano di customer satisfaction; minor attenzione è data, invece, alla people satisfaction. Sappiamo, invece, che nell'ottica della oramai tanto nota quanto poco praticata Qualità Totale, il potenziale della risorsa umana (e quindi le opinioni, i suggerimenti, la soddisfazione degli operatori) è di fondamentale importanza per sostenere un vero processo di qualità e di miglioramento, soprattutto in un campo delicato come la salute dove alto è il rischio della sindrome di burn-out. A ciò si aggiungono le sollecitazioni ad avviare iniziative sul Benessere Organizzativo, contenute nella già citata Direttiva del Ministero della Funzione Pubblica. Alla luce di tali presupposti, possiamo dire che la nostra indagine si muove, seppure con molta discrezione e senza pretese, nel solco tracciato da queste punte avanzate del pensiero manageriale.

NOTA METODOLOGICA

Una precisazione necessaria: questa indagine si è avvalsa dei criteri e della metodologia della ricerca

sociologica; per le caratteristiche (anche numeriche) della popolazione intervistata e per la tipologia del questionario, il presente lavoro è da ritenersi una ricerca a carattere prevalentemente qualitativo e non quantitativo. Pertanto i dati non rappresentano una statistica: il valore scientifico è dato dal rigore con cui è stata effettuata l'analisi del contenuto (che è il metodo di analisi utilizzato per le ricerche sociologiche qualitative). Lo scopo è preminentemente conoscitivo di una situazione che, seppur di piccole dimensioni, può ritenersi, tuttavia, esemplificativa. Questo, infatti, è il campo del sapere per fare, non una ricerca di tipo accademico. Il questionario, tenendo conto degli obiettivi suddetti, è stato predisposto con la consapevolezza delle condizioni di lavoro del personale. Pertanto è stato costruito un questionario agile, di immediata comprensione e di facile compilazione.

Il questionario è composto di 16 domande, suddivise in due parti. La prima riguarda gli eventi del Progetto di Umanizzazione ed è costituita prevalentemente da domande chiuse. La seconda riguarda opinioni sull'assistenza ed il lavoro, composta perlopiù da domande aperte per consentire la libera espressione del compilatore. L'analisi e la codifica delle risposte di questa seconda parte è stata particolarmente laboriosa, nel tentativo di trovare un filo conduttore nella inevitabile e ricca variabilità delle risposte.

Il questionario è stato autocompilato dagli operatori. La distribuzione è avvenuta nel mese di luglio ed è stata preceduta da incontri tra la dirigente e una assistente sociale

dell'Ufficio Relazioni col Pubblico, la caposala del reparto, i coordinatori ed i tecnici di Riabilitazione, infermieri ed OTA del Reparto, suddivisi per gruppi seguendo i loro turni di servizio, al fine di illustrare l'iniziativa per sensibilizzare tutti e massimizzare, quindi, il ritorno delle risposte. L'anonimato è stato garantito dalla consegna in busta depositata in urna chiusa presso il reparto stesso.

I questionari compilati ed esaminati sono stati 23 su un totale di 36 operatori. Hanno quindi risposto i 2/3 del personale. Il rapporto tra questionari distribuiti e compilati è da ritenersi più che buono, dato che l'adesione osservata in genere nelle indagini è molto più bassa. Si consideri, inoltre, che sull'incidenza ha influito, il periodo estivo ed il turn over degli infermieri. Nel periodo in questione, infatti, c'è stato un avvicendamento di personale per la qual cosa i neo arrivati, non ancora calati nella situazione, hanno ritenuto, correttamente, di non poter esprimere pareri.

Caratteristiche sulla popolazione intervistata è difficile darne perché pochissimi (solo 7) hanno risposto alle domande sui dati anagrafici, peraltro non completi. Circostanza prevedibile, quest'ultima dato che, nonostante le cautele per garantire la riservatezza, il ridotto numero degli interessati avrebbe consentito, comunque, qualche possibilità di individuazione.

ANALISI DEI DATI

Passiamo ad esaminare le risposte relative alla prima parte, quella che riguarda opinioni sul Progetto di Umanizzazione. Questa parte è costituita da 9 domande chiuse. Dalle risposte si può dedurre un concreto favore nei confronti dell'iniziativa sia per livello di partecipazione sia per le motivazioni addotte. Il giudizio è largamente positivo quando si chiede il loro gradimento; completamente positivo (100%) quando la domanda è rivolta a comprendere, attraverso di loro, il gra-

dimento del paziente. Le motivazioni espresse si concentrano sulla validità ed utilità per i pazienti sia come momento di svago, sia come aiuto psicologico (cogliendone la portata anche terapeutica); altri ne sottolineano il valore innovativo anche per la evidente centralità del paziente. Nessuno pensa che siano non graditi ai ricoverati. Il giudizio è sostanzialmente positivo anche per ciò che attiene gli aspetti organizzativi: orari (21), durata dei concerti (16). Praticamente tutti propongono anche altre iniziative da attuare: cinema, rappresentazioni teatrali, sala lettura e tv, giochi di intrattenimento.

Gli esiti a queste domande fanno ritenere che il senso del Progetto è stato colto appieno: dare centralità al paziente, offrire momenti di distensione come sollievo ma anche come azione terapeutica vera a propria rendendo la struttura e i rapporti più umani e solidali. Supporre che il consenso plebiscitario di risposte scaturisca da un atteggiamento accondiscendente e conformistico (non se ne può dire male...) è un dubbio legittimo ma smentito dalle risposte date nella seconda parte del questionario. Qui infatti le risposte sono di tutt'altro tenore, ed evidenziano una franchezza che non lascia dubbi.

La seconda parte del questionario, infatti, pone domande nette e riceve risposte altrettanto nette su temi molto delicati, dando risposte inequivocabili. Ad ogni domanda le opzioni di risposta sono:

SI, Perché.....

NO, Perché.....

In tal modo si lascia aperta la possibilità di esprimere la motivazione senza operare alcun condizionamento attraverso risposte predifinite.

La prima domanda intende indagare sulla percezione che l'operatore ha della soddisfazione dei pazienti in merito all'assistenza ricevuta. Le risposte si dividono in un sostanziale 50% di soddisfatti e



50% di insoddisfatti. I primi (12 su 23) sono motivati dalle buone relazioni umane e dall'impegno professionale. Gli insoddisfatti (10 su 23), esprimono probabilmente un giudizio condizionato anche dal vissuto personale, dato che le motivazioni si concentrano su carenze organizzative e di personale.

Alla domanda sulla soddisfazione nei confronti del proprio lavoro, le risposte dividono gli intervistati in due blocchi: 10 soddisfatti, e 12 insoddisfatti. Tra i soddisfatti quelli che ne dichiarano anche la motivazione, mettono l'accento sulla relazione umana. Gli insoddisfatti, nel rispondere a questa domanda, mettono l'accento su carenze di professionalità, eccessivi carichi di lavoro imputabili, nuovamente, a carenza di personale e disorganizzazione, dovute anche a supposti ricoveri impropri (1).

Le risposte alla domanda sulla percezione del clima lavorativo, rappresentano una situazione che po-



trebbe essere definita critica. I soddisfatti sono 7, solo uno ne dà la motivazione (collaborazione con i colleghi). Uno non risponde. I restanti 15 si dichiarano insoddisfatti e sono piuttosto accurati nel darne ragione: scarsa integrazione tra figure professionali, scarsa comunicazione, scorrettezza tra colleghi. La criticità del clima lavorativo messo in luce nelle

risposte a questa domanda non è, però, semplice critica: infatti la domanda successiva sembra far emergere la volontà di trovare una soluzione attraverso percorsi di informazione, confronto, formazione.

Infatti, alla domanda tesa a verificare l'interesse per eventuali incontri sui temi riguardanti il lavoro e l'assistenza, si registra una maggioranza schiacciante dei sì: 17 su 23; soli 4 no e due non so. Meno definito l'ambito di interesse. Infatti, pur ritenendoli validi, 10 non danno indicazioni sull'area tematica; 7 operatori, invece, indirizzano le scelte verso argomenti di natura professionale e/o assistenziale; uno li dichiara perfino urgenti.

Le ultime domande, anch'esse aperte, sono state lasciate generiche per dar la possibilità di massima libertà di espressione dovendo andare a definire aspetti delicati o imbarazzanti. Tale tipologia di domanda costringe il compilatore ad uno sforzo di riflessione e talvolta crea disagio per cui la tendenza è quella di non rispondere o rispondere evasivamente. Abbiamo trovato, invece, anche qui un buon numero di risposte, sintetiche e chiare, ed ovviamente molto variegate. Operando una scelta concettuale si sono definiti, comunque, degli aggregati che prefigurano altrettanti profili.

Interrogati su ciò che essi ritengono un pregio del loro contesto lavorativo, le risposte sono quasi univoche. La maggioranza degli intervistati (11), punta sulle doti umane. Le opinioni, tutte positive, sottolineano qualità relazionali e professionali degli operatori: disponibili-

tà, professionalità, attenzione, pur in presenza della limitatezza di organico; qualcuno sottolinea le potenzialità che potrebbero essere valorizzate; taluni utilizzano anche termini dalla valenza etica (abnegazione, missione, onestà); alcuni mettono l'accento anche sulle qualità della struttura e la felice ubicazione; solo due rispondono non so; si astengono dal rispondere solo 7 intervistati probabilmente per le ragioni che si dicevano innanzi.

Andando ad indagare sui limiti, le risposte si distribuiscono secondo profili più variegati. Il primo profilo (5 intervistati) mette l'accento su carenza di personale e di altre figure professionali e/o capacità professionali; una parte altrettanto significativa (5) individuano nel fattore relazionale (inteso sia tra operatori che tra operatori e pazienti) il nodo critico. Si percepisce, anche, un rammarico per la consapevolezza di "non riuscire a soddisfare le esigenze del paziente". Un altro profilo (3 intervistati) focalizza l'attenzione sulle carenze strutturali (attrezzature, piscina, supporto ospedaliero plurispecialistico); una quota (3) percepiscono una carenza organizzativa, sia interna al reparto sia esterna, da parte della direzione aziendale; solo 2 rispondono "non so" ed 1 ritiene non percepisce nessun limite.

L'ultima domanda raccoglie suggerimenti e consigli per migliorare: il panorama delle risposte è coerentemente con le opinioni espresse in precedenza. L'attenzione maggiore (10 risposte) si punta sui miglioramenti quanti/qualitativi centrati sul personale: potenziare l'organico, formare il personale sia sul versante professionale che su quello relazionale; una quota non piccola (6) mette l'accento anche sulla necessità di incrementare processi di miglioramento organizzativo; una piccola parte (3) pensa che sarebbero necessarie anche alcuni miglioramenti strutturali (attrezzature, letti, manutenzione) ed una attenzione anche all'alimentazione per i pazienti (diete).

CONCLUSIONI

Nel complesso le risposte date dagli intervistati descrivono un profilo degli operatori come risorsa umana nel complesso sensibile, consapevole e matura, con una buona conoscenza della situazione in cui operano, in grado di fornire con lucidità un quadro molto articolato e complesso delle difficoltà, dei limiti, dei pregi. Non si sono percepiti, infatti, individualismi, né si sono osservate inutili lamentele.

Nella prima parte del questionario hanno espresso tutti una decisa soddisfazione per le iniziative del Progetto "Vivere in Ospedale" dimostrando che, anche per loro, i concetti dell'umanizzazione non sono solo teorie ma un modo concreto di dare una assistenza migliore, che tenga conto dei bisogni della persona nella sua interezza. E questo reca soddisfazione anche al loro lavoro così come viene evidenziato nelle risposte alle domande della seconda parte, quelle specificamente centrate sull'assistenza e sui contenuti ed i vissuti del lavoro.

All'ultimo gruppo di domande gli intervistati hanno risposto esercitando un equilibrato spirito critico (ed autocritico) tenendo ben lontana la tentazione di puntare il dito verso comodi capri espiatori, di pur legittime insoddisfazioni: tentazione cui non è facile rinunciare. Si percepisce, allo stesso tempo e con altrettanta chiarezza, un disagio profondo accompagnato però anche da un costruttivo desiderio di cambiamento e di miglioramento ai quali non vogliono rinunciare. Miglioramento in cui credono e che percepiscono fattibile, concreto, senza abbandonarsi a derive pessimistiche e/ o ciniche: lo dimostrano le soluzioni suggerite che spaziano da attenzioni mirate al paziente ad interventi di miglioramento organizzativo. Una situazione, quindi, di burn out tangibile ma non irreversibile, del quale è assolutamente necessario tener conto e su cui ci sono ampie possibilità di in-

tervenire. Le crisi, si sa, rappresentato un forte stimolo al cambiamento. Ma il cambiamento può diventare involuzione e peggioramento se i decision makers non se ne fanno carico lasciando le cose immutate. Viceversa le crisi possono evolvere verso un graduale e concreto rinnovamento, se utilizzate per valorizzare potenzialità, capacità, professionalità, dando risposte concrete a problemi concreti. E di concretezza, da quanto è emerso da questa indagine, sembrerebbe che i nostri operatori della Medicina Riabilitativa non ne difettano affatto.

BIBLIOGRAFIA:

AA.VV. *La comunicazione interna nella P.A. regionale e locale, Quaderni Formez, 2004*

M. Boroni Grazioli, *Obiettivo cliente, Sperling & Kupfer Editore, 1995*

G. Coppola, *Qualità e ricerche di marketing nelle organizzazioni sanitarie, Monografie A.RE.S.S. Torino 2004*

G. Coppola, *L'informazione e la comunicazione in sanità, Monografie A.RE.S.S. Torino 2002*

A. Donabedian, *La qualità dell'assistenza sanitaria, NIS 1980*

G. Fabris, S. Rolando (a cura di) (1999), *"La customer satisfaction nel settore pubblico", Franco Angeli, Milano*

R. F. Gerson, *Come misurare la soddisfazione del cliente, Franco Angeli, Milano 1995*

A. Miozzo, *Missione possibile: facilitare la qualità in sanità, Area Qualità. 2000*

R. Norman, *La gestione strategica dei servizi, Etaslibri, 1985*

A. Pignatto, C. Ragazzo, *Organizzazione e qualità nei servizi socio - sanitari., Carocci Faber 2002*

V. Zeithaml, A. Parasuraman, *Servire qualità, Mc Graw - Hill, 1990*

PERCORSO SEPSI Proposta di percorso intraospedaliero per il trattamento del paziente settico

Riassunto

Come l'infarto miocardico e l'ictus la precocità e l'appropriatezza della terapia avviata nelle prime ore dall'insorgenza della sindrome sepsi sono determinanti nell'outcome del paziente.

In Italia non conosciamo esattamente le reali dimensioni del fenomeno sepsi in termini di incidenza, prevalenza, mortalità e morbilità, nonostante sia forte la consapevolezza della sua enorme portata. Nel Marzo e nell'Aprile 2004 sono state pubblicate le "Surviving Sepsis Campaign Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock", con lo scopo di incrementare le conoscenze e la consapevolezza del fenomeno sepsi e migliorare così l'outcome dei pazienti. Il Policlinico S.Orsola-Malpighi, sulla scia del dibattito sviluppatosi a livello internazionale, ha deciso di studiare, organizzare ed avviare un "percorso sepsi", elaborato in prima istanza dai rianimatori, condiviso e rivisto con i colleghi del Pronto Soccorso, della Medicina, Chirurgia e Anestesia d'Urgenza, Malattie Infettive, Terapia Intensiva Cardiochirurgica, Terapia Intensiva dei Trapianti, Fisiopatologia Respiratoria, Pneumologia, approvato dalla Direzione Medica. Tale percorso è stato sviluppato identificando diversi livelli di sorveglianza, assistenza e terapia in relazione alle specificità dei professionisti con un crescendo del trattamento a seconda delle diverse competenze e possibilità assistenziali.

Il percorso è articolato in 2 fasi: la 1° prevede l'avvio del percorso nei reparti che hanno partecipato alla stesura del progetto, "gli avamposti", e la iniziale sensibilizzazione dei reparti di medicina interna la 2° fase vede invece l'estensione del progetto anche in questi settori. Nel percorso che si è redatto, vengono forniti ai Colleghi tutti quei criteri terapeutico-assistenziali che dovrebbero permettere una più agevole gestione di questa tipologia di pazienti, potendo contare sulla possibilità di attivazione immediata di un meccanismo di rete che permetta una reale ottimizzazione delle risorse. Lo scopo è quello di definire un corretto ed uniforme percorso diagnostico-assistenziale ed avviare un intervento "intensivo" non posticipato secondo i più recenti dati di letteratura.

Summary

Such as in myocardial infarction and stroke, precocity and appropriateness of care immediately after the septic syndrome are crucial factors for the patient's outcome.

In Italy we do not exactly know the real entity of the septic phenomenon in relation with its incidence, prevalence, mortality and morbidity, although there is a strong awareness of its huge importance. "Surviving Sepsis Campaign Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock" were published in March and April 2004, in order to promote knowledge and consciousness about the septic phenomenon and to better the outcome. Treading the steps of the international discussion, The Policlinico S. Orsola Malpighi has decided to study, organize and at last start a "sepsis iter". This iter is worked out principally by resuscitators, but also approved and checked thanks to the collaboration of the following wards: First Aid, Medicine, Surgery, Emergency Anaesthesia, Infective Diseases, Intensive Cardio-surgical Therapy, Intensive Post-transplant Therapy, Respiratory Pathophysiology, Pneumology. The sepsis iter is approved by the Medical Direction and based on a primary distinction: there are different levels of supervision, assistance and therapy, in relation with the characteristics of the professional operators; then there is also a specific treatment that follows step by step the various competences and possibilities of assistance.

The sepsis iter is divided in two phases:

Phase 1: the iter starts from the wards in which it was born; every ward make the wards of Internal Medicine aware of it.

Phase 2: the iter is completely extended to all this wards too.

According to the protocol, the colleagues are provided with all the indications about therapy and assistance, in order to manage the septic patients in a better way: they can depend on a real "network", soon activated and really able to optimize every resource. The aim is to find out a correct and uniform iter for diagnostics and assistance, and also start an intensive care which should not be delayed, according to the most recent evidences.

Sangiorgi G. *, Campesato M. *, Bacchin M.R. *, Martinelli **

* U.O. Anestesia, Rianimazione

**Terapia Intensiva

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

"La mortalità da sepsi è ancora inaccettabilmente alta"
J.L. Vincent

Come l'infarto miocardico e l'ictus la precocità e l'appropriatezza della terapia avviata nelle prime ore dall'insorgenza della sindrome sepsi

si sono determinanti nell'outcome del paziente.

Negli USA si stima che la sepsi severa causi annualmente un eccesso di mortalità di 215.000 pz su una popolazione di 750.000 con una mortality rate del 29%(28-50% in funzione degli studi).

In Italia non conosciamo esattamente le reali dimensioni del fenomeno sepsi in termini di incidenza, prevalenza, mortalità e morbilità, nonostante sia forte la consapevolezza della sua enorme portata. Recentemente, fine 2004, la regione Emilia Romagna ha deciso di istituire un registro regionale delle sepsi nelle Unità di Terapia Intensiva, partendo dalla provincia di Bologna, nella prima fase, per poi estendere la rilevazione dei dati all'intera regione nella 2° fase.



PAROLE CHIAVE: sepsi, mortalità, precocità, appropriatezza, percorso intraospedaliero

KEY WORDS: sepsis, mortality, precocity, appropriateness, intra-hospital iter

Nel 2003 un gruppo di esperti intensivisti ed infettivologi, rappresentato da 11 organizzazioni internazionali, sulla scorta dei risultati di recenti trial randomizzati controllati, ha sviluppato le linee guida per il precoce riconoscimento e trattamento dei pazienti settici. Nel Marzo e nell'Aprile 2004 sono state così pubblicate le "Surviving Sepsis Campaign Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock", frutto della revisione della letteratura di settore con l'applicazione dell' EBM, con lo scopo di incrementare le conoscenze e la consapevolezza del fenomeno sepsi e migliorare così l'outcome dei pazienti.

Il Policlinico S.Orsola-Malpighi, sulla scia del dibattito sviluppatosi a livello internazionale, ha deciso di studiare, organizzare ed avviare un "percorso sepsi", elaborato in prima istanza dai rianimatori, condiviso e rivisto con i colleghi del Pronto Soccorso, della Medicina d'Urgenza, Chirurgia d'Urgenza, Anestesia d'Urgenza, Malattie Infettive, Terapia Intensiva Cardiochirurgica, Terapia Intensiva dei Trapianti, Fisiopatologia Respiratoria, Pneumologia, approvato dalla Direzione Medica.

Infatti un grande Policlinico, che vede rappresentate numerose professionalità e dispone di risorse strumentali e professionali di livello elevato, può e deve concepire un percorso ideale per questa tipologia di malati, che vengono spesso misconosciuti e solo troppo tardivamente avviati alle Unità di terapia Intensiva e/o Rianimazioni. Per tale motivo, nel tentativo di una diagnosi precoce e di un altrettanto precoce trattamento, uniche armi per ridurre la mortalità di questi

pazienti, i rianimatori del gruppo del Prof. Martinelli hanno promosso la creazione di un team di Professionisti che fornissero uno strumento di riferimento per la corretta gestione delle risorse disponibili, partendo dalle acquisizioni di ordine scientifico, ma non trascurando anche le evidenze che scaturiscono dall'agire quotidiano.

Tale percorso non poteva che nascere dal Rianimatore che viene coinvolto sempre nella gestione di tali pazienti e spesso, anzi troppo spesso, nei quadri di grave instabilità e MOF, allorquando rimane allo specialista ben poco da "trattare".

Inevitabilmente il Rianimatore sente la necessità di poter rendere organico il proprio agire con altre competenze professionali presenti all'interno del Policlinico, per un riconoscimento immediato di questi pazienti, un corretto ed uniforme percorso diagnostico-assistenziale e un intervento "intensivo" non posticipato secondo i più recenti dati di letteratura; soprattutto ora che si rendono disponibili farmaci e presidi di comprovata efficacia, ma gravati dall'altissimo costo diretto ed indotto.

Gli obiettivi che il gruppo di lavoro vuole perseguire sono:

1. stimare l'incidenza della sepsi, sepsi grave, shock settico presso il policlinico
2. promuovere l'adozione di criteri diagnostici standardizzati per la rilevazione dei casi di sepsi, sepsi grave, shock settico.
3. caldeggiare l'applicazione di un approccio terapeutico standardizzato, tramite la divulgazione e la lettura critica delle linee guida "Surviving Sepsis Campaign Guidelines for Ma-

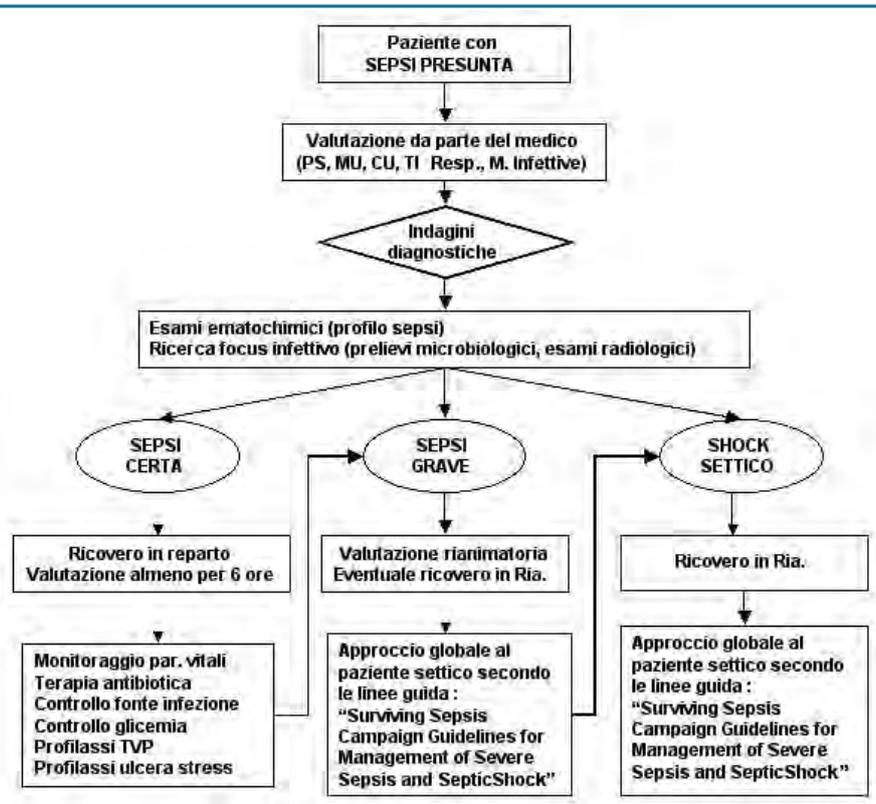
agement of Severe Sepsis and Septic Shock"

4. favorire il riconoscimento precoce del paziente settico con successivo avvio precoce del trattamento appropriato ed eventuale trasferimento presso la rianimazione in caso di sepsi grave e shock settico
5. valutare l'impatto di questa strategia basata sulla diagnosi precoce e sul rapido ed appropriato trattamento in termini di riduzione della mortalità e morbilità.
6. promuovere interesse e favorire aggiornamento scientifico sull'argomento
7. capire la reale entità del problema e perseguire (secondo il piano internazionale) una riduzione della mortalità.
8. creare una rete di stretta collaborazione tra le diverse Professionalità

Con tale impostazione, si vorrebbe giungere ad una più agevole gestione delle risorse disponibili, contribuendo all'ottimizzazione del ricorso all'Unità di Terapia per trasferimento diretto del malato, e permettendo che l'attivazione dell'ultimo punto del percorso, risponda a criteri reali di congruità, di efficacia ma anche di efficienza. Nel percorso che si è redatto, vengono per tali motivi, forniti ai Colleghi tutti quei criteri terapeutico-assistenziali che dovrebbero permettere una più agevole gestione di questa tipologia di pazienti, potendo contare sulla possibilità di attivazione immediata di un meccanismo di rete che permetta una reale ottimizzazione delle risorse. Si auspica così la positiva ricaduta in primo luogo sul malato, ma anche sulla delicata voce dei costi di gestione.

Il percorso è stato suddiviso in 2 fasi e sono stati coinvolti i vari reparti del nosocomio definendo degli algoritmi diagnostico-terapeutici ad hoc in funzione delle loro specifiche competenze.

La prima fase verrà avviata presso i reparti che hanno partecipato al-



la stesura del progetto :Rianimazione, Pronto Soccorso, Medicina d'Urgenza, Chirurgia d'Urgenza , Anestesia d'Urgenza, Malattie Infettive, Terapia Intensiva Cardiochirurgica, Terapia Intensiva dei Trapianti, Fisiopatologia Respiratoria, Pneumologia.

Tale scelta è stata dettata dalla consapevolezza che i professionisti di tali aree sono sovente coinvolti nella gestione del paziente settico, in particolare il PS, i reparti di Medicina e Chirurgia d'Urgenza, di M. Infettive, delle Pneumologia possono essere considerati degli "avamposti" : per primi debbono identificare la tipologia del paziente e correttamente trattarlo.

Perciò ai colleghi di tali aree spetterà il compito di riconoscere i casi di sepsi , avviare il trattamento idoneo e tempestivo secondo le linee guida internazionali, definito in precedenza per ogni singolo reparto tramite l'applicazione di specifici algoritmi. Il rianimatore li supporterà, coadiuvandoli in ambito diagnostico e terapeutico, offrendo le sue specifiche competenze. Qualora il paziente viri verso la sep-

si grave o lo shock settico o si presenti da subito in sepsi grave o in shock settico, verrà trasferito presso la rianimazione per poter istituire rapidamente un trattamento ancora più mirato ed articolato (vedi : Monitoraggio dei parametri vitali e rianimazione "early goal therapy" , Ventilazione meccanica con strategia protettiva , Sedazione, Diagnosi focus infettivo, Terapia antibiotica , Controllo fonte d'infezione , Corticosteroidi , Proteina C attivata, Uso di prodotti del sangue, Controllo glicemia , Profilassi trombotica venosa profonda, Profilassi ulcera da stress , Sostituzione renale , Terapia con bicarbonato).

Si può così evincere che tale percorso è stato sviluppato identificando diversi livelli di sorveglianza, assistenza e terapia in relazione alle specificità dei professionisti con un crescendo del trattamento a seconda delle diverse competenze e possibilità assistenziali. Poiché si vuole capire la reale entità del problema sepsi, la latenza nel riconoscimento del pz settico, nel suo trattamento e l'intervallo di

tempo tra l'identificazione del pz e la richiesta di intervento dello specialista (rianimatore o infettivologo che sia). In questa prima fase si agirà anche nei reparti di medicina interna.

Verrà infatti distribuito un questionario a tutti i medici dei reparti internistici del policlinico per capire il livello di conoscenza del fenomeno sepsi, le abitudini in merito e verranno poi avviati audit clinici, presupposto per la 2° fase, che vedrà il coinvolgimento nel "percorso sepsi" anche delle medicine interne. Si ritiene infatti che presso tali reparti la popolazione di rappresentata dai pz con sepsi sospetta e/o certa sia più copiosa di quanto emerga dai dati ufficiali, e proprio qui sarebbe fondamentale intervenire precocemente per evitare un viraggio verso lo shock con riconoscimento tardivo. Anche in questo caso si vorrebbe giungere alla stesura di protocolli operativi che consentano ai singoli internisti di identificare precocemente il paziente settico, discriminare il la sepsi grave e lo shock ed istituire una corretta strategia diagnostico-terapeutica, sempre con la collaborazione dell'infettivologo e del rianimatore. Chiaramente l'obiettivo è quello di divulgare in modo capillare le conoscenze in merito con conseguente presa di coscienza collettiva del problema.

BIBLIOGRAFIA

1. American College of Chest Physicians Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for innovative therapies in sepsis CCM1992;20:864-875
2. SCCM/ACCP/ASICM/ATS/SIS Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for innovative therapies in sepsis CCM2003;31:1250-1256
3. MMWR 1990;39:31-34
4. Hoyert, Arias, Smith National vital statistics reports 21 settembre 2001
5. Angus DC, LindeZwirble WT Epidemiology of severe sepsis in the usa: analysis of incidence, outcome, and

- associated costs of care CCM2001; 29:1303-1310
6. JLVincent Use of SOFA score to assess the incidence of organ dysfunction/failure in intensive care units: results of a multicenter, prospective study CCM 1998;26:1793-1800
 7. JLVincent Reducing mortality in sepsis: new direction CCM 2002;6(supplemento):S1-S18
 8. R. Phillip Dellinger, Jean M Carlet Surviving Sepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock CCM 2004;32:858-873
 8. Rivers E Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock NEJM 2001;345:1368-77
 9. Choi Crystalloids vs colloids in fluid resuscitation : a sistematic review CCM1999;27:200-210
 10. Hollemberg Practice parameters for hemodynamic support of sepsis in adult patients CCM1999;27:639-660
 11. Martin Effect of norephine frine and epinephrine on the outcome of septic shock CCM 2000 ;28:2758-2765
 12. Bellomo Low dose dopamine in pz with early renal disfunction Lancet2000;356:2139-2143
 13. Kellum Use of dopamine in acute renal failure CCM2003;29:1526-1531
 14. Holmes Physiology of vasopressin relevant to menagement of septic shock hest2001;120:989-1002
 15. Weinstein The clinical significance of positive blood culturee..RevInfect-Dis1983;5:35-53
 16. Blot Earlier positivity of central versus peripheral blood cultures is highly predictive of catheter related sepsis J Clin Microbiol 1998;36:105-109
 17. Ibraim The influence of inadequate antimicrobial treatment of bloodstream infection on patient outcome in ICU setting Chest2000;118:146-155
 18. Jiminez MF Source control in the menagement of sepsis ICM2001;27:S49-S62
 19. Clin Infect Dis 2002;35:1281-1307
 20. Berghe Outcome benefit of intensive insuline therapy in the critically ill CCM2003;31:359-366
 21. Berghe Intensive insulin therapy in critically ill patients NEJM2001; 345:1359-1367
 22. Finney Glucose control and mortality in critically ill patients JAMA2003;204:1-2047
 23. Klein Nutrition support in clinical practice Am J Clin Nutr 1999;66:683-706
 24. Samama A comparison of enoxaparin with placebo for the prevention of venous thromboembolism in acutely ill medical pz NEJM1999;341:793-800
 25. Cook A comparison of sucralfate and ranitidine for the prevention of upper gastrointestinal bleeding in patients requiring mechanical ventilation-NEJM1998;338:791-797
 26. CCM1992;20:864-875
 27. The ARDS Network Vetilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and the acute respiratory distress NEJM2000;342:1301-1308
 28. Drakulovic Supine body position as a risk facor for nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients Lancet 1999;354:1851-1858
 29. Gattinoni Prone Supine Study Group Effect of prone positioning on the survival of pz with ARDS NEJM2001; 345:568-573
 30. Herbert A multicenter randomized controlled clinical trial of transfusion in critical care NEJM1999;340:409-417
 31. Marik Effect of stored blood transfusion on oxigen delivery in pz with sepsis CCM1993;21:1312-1318
 32. Corwin Efficacy of recombinant human erythropoietin in the critically ill pz :a randomized double bind placebo-controlled clinical trial CCM1999; 27:2346-2350
 33. Corwin Shapiro Efficacy of recombinant human erythropoietin in the critically ill pz JAMA2002;288:2827-2835
 34. Fresh frozen plasma, cryoprecipitate and platelets Administration Practice Guidelines Development Task Force of the College of American Pathologist Practice for the use of fresh frozen plasma, cryoprecipitate and platelets JAMA1994;271:777-781
 35. Warren High dose of ATI II in severe sepsis: A randomized controlled trial JAMA2001;286:1869-1878
 36. Mathieu Effect of bicarbonate therapy on hemodynamics and tissue oxygenation in pz with lactic acidosis :a prospective controlled clinical trial CCM1991;19:1352-1356
 37. Kollef The use of continuous IV sedation is associated with prolongation of mechanical ventilation Chest1998; 114:541-548
 38. Kress Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation NEJM 2000;342:1471-1477
 39. Brook Effect of a nursing implemented sedation protocol on the duration of mechanical ventilation CCM 1999;27:2609-2615
 40. Jacobi J. Clinical practice guidelines for the susteined use of sedatives and analgesics in the critically ill adult CCM2002;30:119-141
 41. Atkins Characterystics and outcomes of patients who self-extubate from ventilatory support CHEST1997; 112:1317-1323
 42. Vassal Prospective evaluation of self-extubation in a medical ICU ICM1993;19:340-342
 42. Fraser The frequency and cost of patient-initiated device removal in ICU Pharmacotherapy2001;21:1-6
 42. Conti Haemodynamic responses to extubation after cardiac surgery with and without continued sedation Br J Anaesthesia 1998;80:834-836.
 43. Annane A 3-level prognostic classification in septic shock based on cortisol levels response to corticotropin JAMA 2002;288: 862-871
 44. Bernard GR Recombinant human protein C worldwide evaluation in severe sepsis (PROWESS) study group NEJM 2001;344:699-709
 45. Metha A randomized clinical trial of Continous versus intermittent dialysis for acute renal failure Kidney Int 2001;60:1154-1163
 46. Kellum Continous versus intermittent renal replacement therapy : a meta-analysis ICM2002 ;28:29-37



studio amadei

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



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

predefinizione degli elementi e dei criteri di valutazione

elaborazione griglia di controllo

gestione del piano di campionamento

esecuzione a sorte dei controlli

determinazione dei risultati

elaborazione bilanci statistici dei risultati

Partner distributivo per il Sud Italia



SERVIZIOA

ServizioA S.p.A.

DOVE C'É IGIENE C'É PATENTVERWAG



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



Sedili Mod. Tre per sale d'aspetto



Piani lavello serie Selene



Porte in stratificato HPL, ed alluminio anodizzato



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

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

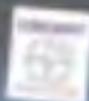
Sono realizzati con estrema cura con materiali inossidabili di elevatissima qualità. Sono lavabili, disinfettabili e costruiti nel rispetto delle normative vigenti. Disponibili in un'altissima gamma di forme e di colori sono anche realizzati su misura e personalizzati.

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



**PATENTVERWAG
ITALIA**

Il successo della qualità.



La negoziazione di budget quale strumento di governo di un'Azienda sanitaria: il Caso dell'Azienda USL Roma/C

Riassunto

L'obiettivo del presente lavoro è quello di esaminare le dinamiche di management di una USL romana, attraverso lo strumento della negoziazione di budget. Il punto di partenza è stato la definizione degli indirizzi strategici da parte della direzione aziendale, a cui è seguita una negoziazione di primo livello con le macrostrutture aziendali e successivamente una negoziazione di secondo livello con le strutture complesse. Da questo studio si è evinto come la direzione aziendale della Azienda USL Roma C, che ha potenziato lo strumento della negoziazione di budget, stia guidando il processo di evoluzione della gestione verso sistemi di programmazione e controllo non limitati alla responsabilizzazione dei soli obiettivi economici ma anche nel potenziamento di obiettivi di efficacia e di qualità.

Summary

The aim of this work is to examine the dynamics of management of roman USL through the instrument of the budget negotiation. First the business direction has defined the strategic addresses and then has managed a first level negotiation with the macrostructures and a second level negotiation with the complex structures. This study shows how the business direction of USL RMC upgrading the instrument of budget negotiations is leading the evolution process of management towards planning and control system for better economic and improving effectiveness and quality.

A. Sirica⁽¹⁾, F. Caruso⁽¹⁾, A. Barbato⁽²⁾, A. Carbone⁽²⁾, P. Spada⁽²⁾, F. Vaia⁽²⁾

(1) Economista

(2) ASL Roma/C

INTRODUZIONE

Dal 1992 ad oggi, le aziende sanitarie sono state caratterizzate da una progressiva aziendalizzazione⁽¹⁾, che ha segnato il passaggio da una struttura orientata esclusivamente a "fornire servizi", ad un'azienda sanitaria tesa non solo ad erogare prestazioni qualitativamente soddisfacenti (efficacia), ma anche attenta a gestire al meglio le risorse umane, finanziarie e tecnologiche disponibili (efficienza)⁽²⁾.

A tal proposito, da un punto di vista di gestione aziendale, uno de-

gli elementi fondamentali che il D.lgs 502/92 per il "Riordinamento del Servizio Sanitario Nazionale", ha individuato per la creazione di una "vera" azienda, è stata l'introduzione di strumenti di programmazione e controllo di gestione, utilizzati, fino all'entrata in vigore del suddetto decreto, esclusivamente da imprenditori privati (3,4).

La finalità di tali strumenti consiste nel fornire un supporto informativo alla dirigenza per la comprensione delle modalità con le quali vengono impiegate le risorse e per programmare le azioni da compiere.

Essi inoltre, sono gli strumenti di base per la valutazione dei risultati conseguiti.

Oggi un numero sempre maggiore di aziende sanitarie si sta adoperando per introdurre sistemi di gestione, in una logica sempre più coerente con le loro finalità e tra queste si è voluto trattare il caso dell'azienda USL Roma "C", la seconda azienda sanitaria pubblica del Lazio per dimensione territoriale, ed in particolare la metodologia (Figura 1) da essa seguita per la negoziazione di budget con le strutture organizzative.

Essa è costituita da quattro distretti indicati con i numeri VI, IX, XI, XII (corrispondenti ai Municipi), da due Dipartimenti Strutturali (Prevenzione, Salute mentale) e dai presidi Ospedalieri CTO e S. Eugenio. La struttura organizzativa della ASL si articola in macroaree:

- 1 Ospedale S.Eugenio
- 2 Ospedale C.T.O. "A. Alesini"
- 3 Distretto 6
- 4 Distretto 9
- 5 Distretto 11
- 6 Distretto 12
- 7 Dipartimento di Prevenzione
- 8 Dipartimento Salute Mentale
- 9 Area Centrale

MATERIALI E METODI

L'Azienda, nel corso dell'esercizio 2004, ha implementato un sistema di programmazione aziendale basato sul budget⁽²⁾.

Prima di predisporre tale strumento è stato necessario costruire una reportistica che fosse aderente al piano dei centri di responsabilità aziendale. È stata effettuata dapprima, un'analisi comparativa tra



PAROLE CHIAVE:

processo di budget

KEY WORDS:

instrument of the budget negotiation

reazione Generale ha formulato le linee d'indirizzo aziendali, espresse in termini di vincoli, opportunità e maggiori aree d'intervento, per disciplinare l'attività dell'anno.

L'azienda ha presentato, in alcuni incontri, le logiche e gli ambiti d'intervento del processo di budgeting, scomponendo gli indirizzi generali in indirizzi di presidio ospedaliero, distretto, dipartimento, area centrale(8).

Tra gli obiettivi che l'azienda si è prefissata di perseguire in tutte le Macrostrutture: si evidenzia la riduzione del costo dello straordinario e la riduzione del costo di beni sanitari e non.

Fase 2: tutti i CdR hanno effettuato delle previsioni circa l'attività e i progetti da realizzare, per raggiungere gli obiettivi definiti dalle linee di indirizzo, mediante la compilazione della scheda di proposta di budget.

Fase 3: le schede di proposta di budget sono state analizzate dal Comitato di budget che ha provveduto a verificare le compatibilità tecniche (aderenza agli indirizzi aziendali), economiche (com-

Ambiti coinvolti

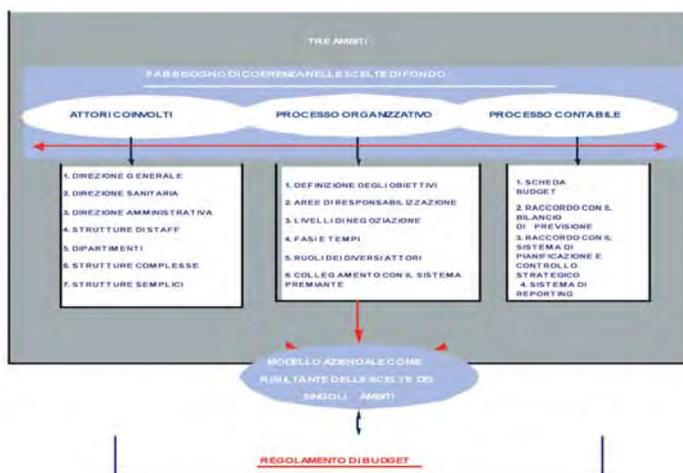
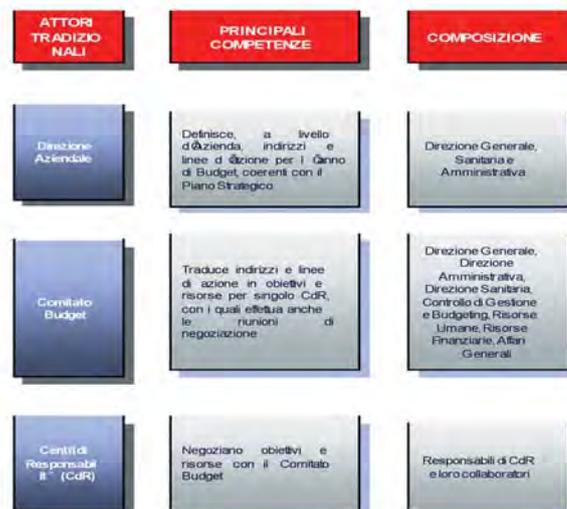


Figura 1 Ambiti coinvolti

Figura 2 Gli attori coinvolti

Gli attori coinvolti



i dati dell'esercizio 2003 e i dati dell'esercizio 2002, l'analisi dei risultati raggiunti nell'esercizio 2003 e, successivamente, definiti gli indirizzi strategici e gli obiettivi generali di budgeting per l'anno 2004. E' stato attivato, come previsto dalle disposizioni legislative vigenti, un sistema di contabilità analitica in grado di gestire la separata rilevazione delle attività delle diverse macrostrutture aziendali: dei presidi ospedalieri, dei distretti e delle aree centrali (Figura 2).

RISULTATI

Il processo di budget(5,6,7) si è articolato nelle seguenti fasi:

Fase 1: all'inizio dell'anno, in linea con i macroobiettivi nazionali e regionali (PSN e PSR) e dopo un'attenta analisi dei risultati conseguiti dall'azienda nell'anno 2003, la Di-

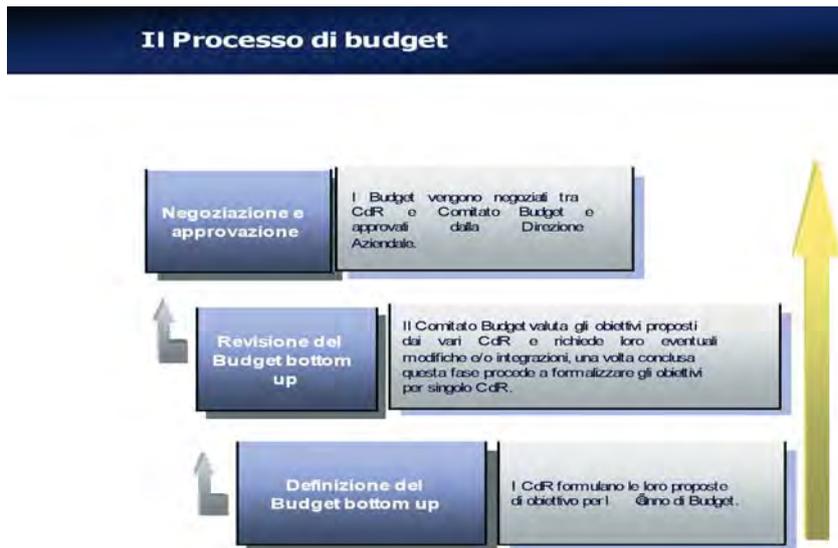


Figura 3 Il processo di budget

patibilità rispetto alle risorse disponibili dell'insieme delle schede), operative ed organizzative delle varie previsioni dei CdR e a formalizzare gli obiettivi per singolo CdR.

FASE 4: La negoziazione delle proposte di budget si è caratterizzata per il confronto tra le parti coinvolte nel processo decisionale complessivo, ognuna in funzione dei propri obiettivi. Nell'ASL si è voluto assicurare il massimo coinvolgimento delle strutture organizzative nella definizione degli obiettivi; a tal fine si è sperimentata una procedura di negoziazione (3,6,9,10) di tipo bottom up corretto con due livelli di negoziazione.

Per bottom-up si intende un processo di definizione degli obiettivi che dal basso (strutture), viene proposto verso l'alto (direzione aziendale).

Per corretto si intende che la direzione aziendale, esaminate le proposte provenienti dal basso (bottom-up), le integra con obiettivi definiti dall'alto (Direzione Aziendale) verso il basso (strutture complesse) (Figura 3).

La negoziazione di budgeting di 1° livello è avvenuta tra il Direttore Ge-

nerale e i Direttori di ciascuna Macrostruttura.

Il Direttore di ciascuna Macrostruttura, nella propria autonomia, ha negoziato, a sua volta, con i propri responsabili di Unità Operative Complesse (negoziare di budgeting di 2° livello).

CONCLUSIONI

Il processo di management nel contesto della USL Roma C nell'esercizio 2004 ha evidenziato le seguenti situazioni:

- Un potenziamento del decentramento e della responsabilizzazione dei dirigenti sui risvolti economici nell'orientamento delle scelte operative;
- un aumento del consenso mediante il coinvolgimento di tutti gli operatori nella definizione degli obiettivi di budget;
- un maggiore orientamento dell'azienda verso principi di efficienza ed economicità, per orientare la programmazione sempre più decisamente verso un pareggio di bilancio che ancora oggi appare di difficile realizzazione;
- la sempre maggiore strategicità dei sistemi informativi-informati-

ci che non sempre riescono a garantire report capaci in tempi brevi di comprendere gli inevitabili conflitti che il processo di budget evidenzia.

La gestione dei dati dovrebbe sempre più orientare la valutazione della gestione operativa nel breve e nel medio periodo.

BIBLIOGRAFIA

(1) Mastrobuono I., Casati G., Scomparin L., Guzzanti E., "Il processo di aziendalizzazione: indagine sullo stato di sviluppo del sistema di programmazione budgetaria nelle aziende sanitarie nel 1997".

(2) Vagnoni E., "Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie", Pitagora Editrice, Bologna, 1998.

(3) Brunetti G., "Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate", Franco Angeli, Milano 1999.

(4) Brusa L. F. Mezzani, "Budget e controllo di gestione", Giuffrè, Milano, 1983.

(5) Casati G., "Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie"; Mc Graw Hill, Milano, 2000.

(6) Vendramini E., "Il sistema di budget per le aziende sanitarie pubbliche", McGraw Hill, Milano, 2004.

(7) Zavattaro F., "Il budget: una risposta alla crescita di complessità del sistema sanitario".

(8) Vasara F., "La valutazione economico-gestionale dei servizi sanitari. Metodi, strumenti, strategie", Cresa, Torino, 1995.

(9) Grandori A., "Processi e tecniche di negoziazione nelle organizzazioni", UTET, Torino, 1999.

(10) Zangrandi A., "Amministrazione delle aziende sanitarie pubbliche", Giuffrè, Milano, 1999.



LAVASCIUGA & FONENDOSCOPIO

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

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

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

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

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

Coopservice, Divisione Pulizie, Carrugo di Reggio Emilia
Via Enzo Bossi 1, Tel. 0522 946111, Fax 0522 946128
E-mail: info@coopservice.it



L'organizzazione del servizio di polizia mortuaria nel PO NSGD

Riassunto

La Polizia Mortuaria è una disciplina complessa che investe in prima persona la Direzione Sanitaria di Presidio.

La molteplicità delle Strutture ed Enti coinvolti, il numero delle certificazioni previste, la varietà dei casi che si possono presentare, rendono difficile la gestione del servizio nel suo complesso.

Inoltre, l'insofferenza nei confronti di tale modulistica certificativa, la cessazione dell'interesse clinico per il paziente una volta deceduto, ha reso necessario coinvolgere tutto il personale sanitario alla stesura di una procedura ad hoc in modo tale da individuare un percorso condiviso e il più possibile semplificato.

E' per tali motivi che la DSPO dell'Ospedale Nuovo S. Giovanni di Dio di Firenze ha attivato tale strumento organizzativo "Gestione del paziente deceduto" nell'ottobre 2002 e ha raggiunto gli obiettivi che si era proposta:

- * miglioramento delle informazioni ai familiari dei defunti
- * semplificazione della documentazione specifica
- * formalizzazione del rilascio della salma

Summary

The Cemeteries Regulation is a complex subject that particularly involves the Hospital Medical Management Office.

The involvement of a lot structures and organizations, the numerous and necessary certifications, the variety of situations occurring make to manage service hard on the whole.

Furthermore, the intolerance for these certification form, the loss of clinical interest for deceased patient made involved all the sanitary personnel involved in drafting a specific procedure. So that it is possible to identify an agreed and easier way.

So the NSGD Hospital DSPO in Florence has marked this organized instrument " the died patients management " in 2002 on October and has reached the following targets:

- to improve family information's
- to simplify the specific documents
- to explain the body discharge

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

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

La Polizia Mortuaria è una disciplina che coinvolge competenze di regioni, comuni, aziende sanitarie e autorità giudiziaria in stretta interrelazione con le funzioni di stato civile: questo insieme unisce profili strettamente amministrativi con profili di carattere igienico-sanitario, che im-

pattano il cittadino in un momento critico della sua vita. La Struttura Sanitaria ha la responsabilità della tenuta dei registri delle cause di morte, delle funzioni dei medici necroscopi (attribuite al direttore sanitario, che di norma le delega ad altri medici ospedalieri), della denuncia della

causa di morte, delle autorizzazioni alla sepoltura e del trasporto dei feti e dei prodotti abortivi, della vigilanza sul trasporto dei cadaveri, del periodo di osservazione, delle attestazioni di prescrizioni sul feretro, del riscontro diagnostico sui cadaveri, delle autopsie e della vigilanza sul rispetto delle norme previste dal DPR 285/90.

RAPIDA SINTESI DELLA DOCUMENTAZIONE CERTIFICATIVA E AUTORIZZATIVA PRINCIPALE

1. dichiarazione di morte: entro 24 ore dall'evento deve essere dichiarato il decesso.

Se la morte avviene in ospedale è attivato l'avviso di morte che è trasmesso al comune di pertinenza. Con la dichiarazione di morte l'Ufficiale del comune emette l'Atto di Morte.

2. certificato necroscopico: dopo 15 ore ma non oltre le 30 ore dalla morte, il medico necroscopo accerta la morte attraverso la visita necroscopica e redige l'atto che è necessario al comune per il rilascio del permesso di seppellimento. I due riferimenti temporali possono variare, in caso di morte per decapitazione o maciullamento, o se viene accertata la morte con ECG.

3. certificato della causa di morte: ovvero, motivo del decesso, che va presentato al Sindaco del comune di riferimento entro 24 ore dall'accertamento della morte. E' su modello ISTAT e ha funzione statistica ed epidemiologica.

4. nulla osta dell'autorità giudiziaria: nei casi in cui vi è sospetto di reato o quando la morte è avvenuta per causa violenta, il cadave-



PAROLE CHIAVE: Polizia Mortuaria, procedura per la riorganizzazione del processo, semplificazione delle certificazioni, controllo della fase post-mortem.

KEY WORDS: *Cemeteries regulation, procedure for reengineering of de process, simplifications control of the stage post-mortem*

re non può essere sepolto senza tale atto.(ART. 116 del DL n. 271/89). Il nulla osta dell'autorità giudiziaria serve al rilascio del permesso di seppellimento da parte del comune.

5. autorizzazione al trasporto: i cadaveri possono essere trasportati con autorizzazione amministrativa da parte del comune di riferimento (art. 23 del DPR n. 285/90). L'incaricato al trasporto è il dipendente o persona fisica o ditta a ciò commissionata da un'impresa funebre (Circolare n. 24/93) o da un Ente locale che svolge il servizio pubblico (DL 267/2000). Sono a carico dei Comuni i trasporti di salme di cittadini indigenti, o appartenenti a famiglia bisognosa o per i quali vi sia disinteresse dei familiari.

6. permesso di seppellimento: è l'autorizzazione alla sepoltura del cadavere, che non può essere rilasciata prima di 24 ore dalla morte, dall'ufficiale di stato civile che ha ricevuto il certificato necroscopico.

7. autorizzazione alla cremazione: lo stesso interessato può disporre del proprio corpo e scegliere la propria sepoltura attraverso testamento o una associazione riconosciuta SO.CREM.), oppure il coniuge o i parenti del defunto possono esprimere la volontà che il loro congiunto sia cremato.

La volontà espressa, sottoscritta e autenticata dal pubblico ufficiale del comune, consente il rilascio dell'autorizzazione alla cremazione da parte del dirigente del comune del luogo dove è avvenuto il decesso. La legge n. 130/2001 semplifica le procedure per ottenere l'autorizzazione alla cremazione e consente la dispersione delle ceneri.

Tutto ciò testimonia l'esigenza di grande attenzione su questa materia.



Nel PO Nuovo S. Giovanni di Dio abbiamo attivato una procedura la cui finalità è quella di presidiare tutte le attività di assistenza post-mortem, garantendo la dignità della salma. Tale procedura ha reingegnerizzato tutte le fasi del processo nel Reparto o Servizio Sanitario in cui è avvenuto il decesso: dalla scelta del tipo di accertamento di morte, alla modulistica prevista in ogni fase; dal trasporto interno, alle attività da svolgere in Obitorio e in DSPO, fino alla denuncia al Comune.

Le principali integrazioni sono focalizzate su cinque punti:

- 1 - Sostegno ai familiari del defunto in tutto il percorso:
 - accoglienza della famiglia in lutto
 - informazioni sull'iter procedurale e disposizione del cadavere.
- 2 - Riduzione degli errori di com-

pilazione della certificazione mediante la semplificazione dei documenti come:

- "Guida alla compilazione del certificato necroscopico"
- "Guida alla stesura di referto e controreferto"
- 3 - Puntuale applicazione della normativa vigente con integrazione degli adempimenti previsti per la professionalità coinvolte
- 4 - Formalizzazione del rilascio della salma sul "Registro di morte":

- annotazione cronologica dei dati
- firma dell'incaricato dell'Impresa funebre autorizzata al servizio.

5 - Regolamento Aziendale per ottenere una corretta collaborazione fra Azienda e Imprese Funebre:

- per la DSPO: definisce i tempi di restituzione della salma all'Impresa.
- per le Imprese: indicazione di trasmettere alla DSPO l'affidamento del servizio funebre da parte dei congiunti; di non sostare in Ospedale oltre al tempo necessario all'espletamento del servizio;
- per i dipendenti: vieta la vestizione delle salme; vieta di fornire indicazioni per la scelta dell'Impresa Funebre
- per gli Utenti: indica i luoghi del PO dove è possibile consultare il Regolamento e l'elenco delle Imprese che hanno fatto domanda.

Titolo della procedura: Gestione del paziente deceduto		Codice procedur : DSPO/PR/021	Revisione n. 0	Pagina 1 di 17
Presidio:		Ospedale Nuovo San Giovanni di Dio		
Struttura organizzativa:		Direzione Sanitaria di P.O.		
1.10.02	Responsabile della stesura: AFD M. T. Benghi	Responsabile della convalida: Dr S. Bocci	Persona o Organismo che approva Dr A. Appicciafuoco	
<p>Obiettivi :</p> <p>1. miglioramento delle informazioni ai familiari dei defunti nell'Ospedale Nuovo San Giovanni di Dio sulle procedure da seguire in caso di decesso</p> <p>2. semplificazione della documentazione specifica mediante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • facilitazioni per la compilazione della certificazione • riorganizzazione invio della documentazione al Comune <p>3. formalizzazione del rilascio della salma dall'Obitorio del P.O. Nuovo S. Giovanni di Dio</p>				
I Responsabili delle strutture organizzative sono responsabili operativi dell'applicazione della procedura.				

Finalità: lo scopo della presente procedura è quello di :

- * organizzare tutte le attività di assistenza post-mortem garantendo la dignità della salma e sostenendo nel percorso i familiari del defunto
- * ridurre gli errori di compilazione della certificazione
- * garantire la puntuale applicazione della normativa vigente integrando gli adempimenti previsti per le varie professionalità coinvolte.

Applicabilità: i Soggetti e le Strutture coinvolte sono :

- * i medici e gli infermieri dei Reparti e Servizi Sanitari del P.O. NSGD
- * l'Ufficio Infermieristico e gli operatori addetti al trasporto delle salme
- * il personale dell'Obitorio del P.O. NSGD
- * la Direzione Sanitaria del P.O. NSGD

SINTESI

	Obiettivi, finalità, applicabilità	pag. 1
FASE I	Reparto o Servizio Sanitario in cui è avvenuto il decesso	pag. 3
	caso A - accertamento di morte rapido mediante ECG	pag. 3
	caso B - accertamento di morte mediante ispezione cadaverica	pag. 4
	Modulistica da compilare sia nel caso A che nel caso B	pag. 4
FASE II	Trasporto interno	pag. 4
FASE III	Obitorio	pag. 5
FASE IV	Direzione Sanitaria	pag. 5
FASE V	Denuncia al Comune, registro e consegna della salma	pag. 6
	Lista di diffusione	pag. 7

ALLEGATI

Allegato n° 3/a - Guida all'esecuzione dell'ECG per l'accertamento rapido	pag. 8
Allegato n° 3/b - Guida alla compilazione del certificato necroscopico	pag. 9
Allegato n° 3/c - Richiesta di ispezione cadaverica	pag. 10
Allegato n° 3 - Certificato necroscopico	pag. 11
Allegato n° 4/d - Scheda segnalazione decesso	pag. 12
Allegato n° 5/a - Registro di morte	pag. 13/14
Allegato n° 5 - Avviso di morte	pag. 15
Allegato n° 7 - Certificato medico di esclusione di reato	pag. 16
Allegato n° 8 - Attestazione di trattamento antiputrefattivo	pag. 17

Oggetto o modalità operative	Responsabilità : decide/controlla esegue /registra	Normativa e disposizioni applicative di riferimento
Reparto o servizio sanitario in cui è avvenuto il decesso	l'operatore sanitario presente o attivato, esegue	Procedura Aziendale ACRO
Dopo le manovre: * il paziente ricoverato rientra nel Reparto di provenienza * l'Utente esterno viene portato al DEA		
constatazione clinica del decesso	medico di turno	
identificazione della salma con braccialetto e/o cartellino legato al polso o alla caviglia	infermiere di turno	
accoglienza famiglia al lutto: fornire ai familiari tutto il sostegno psicologico e le informazioni sull'iter procedurale che sarà seguito. E' vietato fornire indicazioni ai fini della scelta dell'Impresa Funebre. Qualora venga richiesto, limitarsi all'indicazione dei luoghi dove è possibile consultare il regolamento e l'elenco delle Imprese: DSPO, Ufficio Infermieristico e Portineria.	medico e infermiere di turno eseguono	DL 7.3.2001 Regolamento ... rapporti tra Azienda e Imprese di onoranze funebri" ART. 6
sosta della salma in Reparto: il paziente deceduto sosta in reparto per il tempo necessario alla esecuzione delle attività che precedono il trasporto in Obitorio, compresa l'eventuale assistenza religiosa e la notifica all'Ufficio Infermieristico per l'attivazione del trasporto interno in Obitorio. <i>La vestizione della salma spetta all'Impresa di onoranze funebri</i>	medico e infermiere di turno attivano	"Regolamento ... tra Azienda e Imprese ... funebri" ART. 2 e 3
scelta del tipo di accertamento morte:	Il medico di turno decide	
A - accertamento di morte mediante accertamento rapido con ECG:		
esecuzione ECG vedi I.O. "Esecuzione ECG " - allegato n° 3/a certificato necroscopico - vedi all. N°3 - in 3 copie: * 1 è conservata nella cartella clinica del paziente * le altre 2 sono imbucate nell'apposita cassetta postale della DSPO : 1 segue la salma 1 è inviata al Comune compila ogni voce con calligrafia leggibile e appone il proprio timbro vedi I.O. - allegato n° 3/b - " Guida alla compilazione del certificato necroscopico"	infermiere di turno esegue Il medico di turno controlla	delega di medico necroscopo ai medici di Reparto

	fornisce le informazioni specifiche ai familiari del defunto sul decesso e in ordine alle varie possibilità con funzioni di disposizione del cadavere attiva la Commissione di Accertamento di Morte in caso di morte cerebrale, come da specifica procedura Aziendale.	Il medico di turno, con funzioni di medico necroscopo esegue	D.L “Norme sulla pratica funeraria della cremazione” (7.3.2001) PR Aziendale “Accertamento morte e trattamento della salma”
--	---	--	---

B - accertamento di morte mediante richiesta di ispezione cadaverica

	scheda di ISPEZIONE CADAVERICA - in 2 copie: per l'accertamento di morte mediante osservazione delle 24 ore vedi allegato n°3/c * 1 è conservata nella cartella clinica del paziente * 1 è imbucata nell'apposita cassetta postale della DSPO compila accuratamente ogni voce con calligrafia leggibile e appone il proprio timbro	medico di turno compila	
--	--	-------------------------	--

MODULISTICA da compilare sia nel caso A sia nel caso B:

	modulo ISTAT il medico compila con calligrafia leggibile e appone il proprio timbro è imbucato nell'apposita cassetta postale della DSPO.	medico necroscopo compila	D.P.R. 285/90
	scheda segnalazione decesso - vedi allegato MOD. 4/d invio al referente coordinamento donazioni - IP R. Rubertelli - DSPO e segnalazione verbale: subito dopo la compilazione dei certificati, il decesso è comunicato anche con chiamata telefonica al 2432 - dalle 8 alle 20 da lunedì a sabato o cercapersone 187-1978	medico necroscopo compila infermiere segnala	
	in caso di esistenza di referto compilare contro referto in 2 copie: * 1 è consegnata all'A. G. di Presidio * 1 rimane agli atti nel blocco dei controreferti. In alternativa, è possibile compilare il controreferto al posto di polizia del Presidio. In assenza del poliziotto va comunicarlo al n° 113 * annotare il numero di referto e controreferto sul cartellino di identificazione legato al poso o alla caviglia	medico necroscopo compila infermiere verifica	
	attivazione del portantino di turno per trasporto interno dalle 7 alle 19 - alla squadra centralizzata per spostamenti interni diurni, al 187-1936 dalle 19 alle 7 - ad 1 portantino di turno al Pronto Soccorso ore notturne, al 187-1930	Ufficio Infermieristico dispone e Imprese di	“Regolamento ... rapporti tra Azienda onoranze funebri” ART.2 . punto 3
Trasporto interno	barellaggio e movimentazione della salma: movimentazione della salma in Reparto e posizionamento sul tavolo vestizione all'Obitorio		

	<p>Le barelle, regolabili in altezza, provviste di coperchio e sono dotate di telini di scorrimento. Sono collocate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 in Obitorio - locale deposito salme - 1 in Pronto Soccorso <p>E' opportuno che il telino di scorrimento sia posizionato sulla barella prima di prelevare la salma, per agevolare lo spostamento della salma in Obitorio.</p>	infermiere di turno controlla e aiuta tecnico necroforo e/o portantini di turno o di Pronto Soccorso eseguono	"Regolamento ... rapporti tra Azienda e Imprese di onoranze funebri" ART.2 punto 3
Obitorio	<p>identificare la salma: attraverso i dati contenuti sul braccialetto o sul cartellino legato al poso o alla caviglia e/o sulla richiesta di ispezione cadaverica</p>	Tecnico necroforo e/o DSPO verificano	D.P.R. 285/90
	<p>verificare l'esistenza di referto: verifica mediante controllo del cartellino legato al poso o alla caviglia.</p>		
	<p>compilare eventuale contro referto: compilare il controreferto, se mancante, al posto di polizia del Presidio. Comunicare al n° 113, in assenza del poliziotto</p>	medico necroscopo esegue	D.P.R. 285/90
	<p>compilare avviso di morte - vedi allegato n°5 fare la notifica entro le 24 ore al Comune dell'avvenuto decesso, previa telefonata al Comune di residenza per conferma dati anagrafici ed eventuale nome e cognome del coniuge.</p>	tecnico necroforo e/o DSPO eseguono	D.P.R. 285/90
	<p>compilare certificato necroscopico -vedi all. n°3- 3 copie: * 1 è conservata nella cartella clinica del paziente * 1 segue la salma * 1 è inviata al Comune compila ogni voce con calligrafia leggibile e appone il proprio timbro vedi I.O. - allegato n° 3/b - " Guida alla compilazione del certificato necroscopico" fornisce le informazioni specifiche ai familiari del defunto in ordine alle varie possibilità di disposizione del cadavere. attiva la Commissione di Accertamento di Morte in caso di morte cerebrale, come da specifica procedura Aziendale.</p>	Il medico, necroscopo compila	D.P.R. 285/90 D.L. "Norme sulla pratica funeraria della cremazione" (7.3.2001) PR Aziendale "Accertamento morte e trattamento della salma"
	<p>compilare certificato medico di esclusione di reato se richiesta la cremazione - vedi allegato n°7 inviare all'ufficiale di stato civile del Comune.</p>	medico necroscopo compila	D.P.R. 285/90
	<p>compilare modulo per avvenuto trattamento antiputrefattivo vedi allegato n°8 : a tutte le salme da aprile a settembre. Negli altri periodi dell'anno qualora il seppellimento avvenga dopo 48 ore o per il trasporto della salma in località che si raggiungono dopo 24 ore.</p>	tecnico necroforo e/o DSPO eseguono	
Direzione Sanitaria	<p>aggiornare elenco dei medici del P.O. con delega di medico necroscopo comunicazione formale ai nuovi inseriti</p>	Direttore Sanitario di PO	
	<p>delegare gli operatori per esecuzione dei trattamenti antiputrefattivi</p>	Dir. Sanitario	

	<p>verificare la corretta compilazione di tutta la documentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> * certificato necroscopico * modello ISTAT * avviso di morte * attestazione dell'eventuale trattamento antiputrefattivo * esclusione di reato, etc. <p>N.B. per la correzione degli errori di compilazione che hanno avere ricadute pesanti sull'anagrafica, è possibile che il medico necroscopo venga convocato in Comune di Firenze -Ufficio "Denunce di morte" -Palazzo Vecchio- dal Funzionario preposto.</p>	operatore in staff DSPO controlla	
	convocare il medico necroscopo o Direttore di UO o suo delegato per correggere gli errori di compilazione	Dirigente Medico DSPO	
	trasmettere all'Obitorio la comunicazione di affidamento del servizio funebre inviata per fax dall'Impresa incaricata dai congiunti comunicare all'Impresa i tempi di restituzione della salma	Segreteria DSPO	
Denuncia al Comune	<p>consegnare la documentazione al Comune: "Ufficio denunce di morte"- Sig.ra Rita Gabbriellini - tel . 055.2768457 Giorni FERIALI - attivare il servizio trasporto atti originali - ore 9.00 mediante fax al Coordinatore autoparco ASL - al n° 7604 Giorni FESTIVI - inviare a mezzo fax n° 055. 2768323</p>	tecnico necroforo e/o la D.S.P.O inviano	
Registro	<p>aggiornare il registro di morte: vedi allegato n° 5/a</p> <ul style="list-style-type: none"> * Comune di Firenze * Comune di Scandicci * Altri Comuni <p>annotare cronologicamente i dati dei pazienti deceduti dei quali è stata inviata la documentazione al Comune</p>	tecnico necroforo e/o la D.S.P.O registrano	ART.1 - punto 8 - DPR 285/90
Consegna della salma	<p>presidiare l'accesso dell'Obitorio alle Imprese :</p> <ul style="list-style-type: none"> * gli operatori delle Imprese di Onoranze Funebri devono essere identificabili tramite cartellino di riconoscimento che deve riportare il nome dell'Impresa e quello dell'operatore * le Imprese effettuano il ritiro della salma entro i tempi comunicati dalla DSPO * chiedere all'Impresa di esibire il permesso di seppellimento rilasciato dal Comune e copia dell'incarico ricevuto dai familiare per il servizio funebre 	Il Direttore Sanitario dispone tecnico necroforo e/o la D.S.P.O verificano	Regolamento ... rapporti tra Azienda e Imprese di onoranze funebri" ART.8

Guida all'esecuzione dell'ECG per l'accertamento rapido Allegato n°3/a

	Attività da eseguire	responsabilità
Fase precedente l'ECG	<p>tutti gli operatori del Reparto conoscono la collocazione fisica:</p> <ul style="list-style-type: none"> * dell'ECGgrafo in dotazione * della carta per l'esecuzione dell'ECG 	Direttore U.O. A.F.D. o IP f.f. del Reparto
Fase di esecuzione ECG	* utilizzare l'apparecchio secondo le istruzioni allegate all'apparecchio stesso	

- * eseguire la registrazione continuativa per almeno 20' in D1, dopo che il medico ha firmato l'ora di inizio IP di turno
- * annotare l'identificativo del paziente all'inizio dell'ECG. Medico di turno
- * firmare l'ora d'inizio e di fine sul tracciato dell'ECG
- * riporre in cartella l'ECG

Fase successiva l'ECG IP di turno

- * controllare che l'ECG sia stato riposto in cartella
- * riferire al medico presente e successivamente al Caposala ogni disfunzione riscontrata a carico dell'apparecchio utilizzato.
- * attivare il Caposala in caso di quantitativo di carta insufficiente

REGISTRO DI MORTE allegato n° 5/a

Pag. del Registro di morte - Comune dianno.....

Data registraz	Cognome e Nome del deceduto	Data di morte	Reparto dove è deceduto	ora decesso	Medico Necroscopo	ora accert. morte	Firma Impresa funebre

Guida alla compilazione del certificato necroscopico allegato n° 3/b

• è importante che la compilazione sia accurata e a tal fine si esemplifica come segue :

Certificato necroscopico (D.P.R. 285/90 – Capo II°, art. (...))

Il giorno _____ alle ore _____

con ECG barrare sempre queste caselle

ORARIO DI COMPILAZIONE CERTIFICATO deve essere successiva a quella di decesso e a quella della fine dell'ECG.

in caso di morte per malattia infettiva o segni di iniziata putrefazione

Il seppellimento può avvenire:

senza ulteriore osservazione

art. 8 D.P.R. 285/90

art. 10 D.P.R. 285/90

art 6 D.P.R. 582/94

dopo 24 ore di osservazione

dopo 48 Ore di osservazione (**morte improvvisa**)

altro _____

con ECG non barrare MAI questa casella

in caso di attivazione Comitato Accertamento Morte procedura donazione organi

- in caso di accertamento rapido la denuncia di morte è compilata almeno 20 minuti dopo la constatazione del decesso e l'ora della compilazione non deve coincidere con l'ora di constatazione del decesso.
- l'accertamento rapido è alternativo all'osservazione delle 24 ore : è quindi opportuno
- non ricorrere ad entrambe le procedure
- non barrare entrambe le voci (ispezione cadaverica/rilevazione strumentale).

Richiesta di ISPEZIONE CADAVERICA

all. n° 3/c

In Nuovo Ospedale San Giovanni di Dio, nel Reparto di.....
il giorno..... alle ore..... ho constatato la morte di:
cognome nome
nato/a il..... a Comune di
Cognome e Nome del coniuge.....
vivente defunto
residente in Comune di professione
Cognome e Nome del padre madre
Orario del decesso: il decesso è avvenuto il alle ore e dispongo:
ispezione cadaverica (con osservazione di 24 ore) e autopsia: sì no
Dichiaro che la morte è non è dovuta a malattia infettiva e diffusiva

OSSERVAZIONI.....

Data Timbro e firma leggibile del medico che ha eseguito la constatazione clinica del decesso

CERTIFICATO NECROSCOPICO

allegato n° 3

(D.P.R. 285/90 – Capo II°, art.8 – D.P.R. 396/00)

Il giorno alle ore (ora compilazione)
inNuovo Ospedale San Giovanni di Dio nel Comune di Firenze
a norma dell'art.4 D.P.R. 10.9.1990, n° 285 – Regolamento di Polizia Mortuaria - ho accertato la morte di
cognome nome
nato/a il a
mediante: ispezione cadaverica (con osservazione 24 ore)
rilevazione strumentale (ECG)
barrare solo una delle due caselle: la rilevazione strumentale è alternativa all'ispezione cadaverica
Il riconoscimento della salma è avvenuto con
Orario e luogo del decesso: il decesso è avvenuto ilalle ore
in..... Nuovo Ospedale San Giovanni di Dio - Comune di Firenze
Il seppellimento può avvenire senza ulteriore osservazione per il seguente motivo:
 art. 8 (ECG) D.P.R. 285/90 (comm. Accert. Morte) art. 10 (Mal. infettive) D.P.R. 285/90
 art. 6 D.P.R. 582794

dopo 24 ore di osservazione dopo 48 ore di osservazione altro per.....
 con riscontro diagnostico senza riscontro diagnostico

La morte è non è dovuta a malattia infettiva e diffusiva (art. 18-25,D.P.R. 285/90)

Data Timbro e firma del Medico Necroscopo.....

Direzione Sanitaria Aziendale Coordinamento Attività Donazione e Trapianti Organi e Tessuti allegato n° 4/d

SCHEDA SEGNALAZIONE DECESSO (Da allegare insieme alla scheda ISTAT e Certificato Necroscopico)
Dalle ore 8.00 alle ore 20.00 da LUNEDÌ a SABATO telefonare con urgenza al 2432 o cercapersone 1978 (Ufficio coordinamento donazioni NOSG di Dio)

NUOVO OSPEDALE SAN GIOVANNI di DIO REPARTO
Tel. REPARTO MEDICO DI GUARDIA DR.
NOMINATIVO (paziente deceduto) ETA'
STATO CIVILE: (Celibe/Nubile (Coniugato/a (Vedovo/a ORA DECESSO DATA

Convivente.....

CAUSE DI MORTE.....

Condizioni anamnestiche da rilevare per verificare l'idoneità alla donazione di tessuti (mettere una crocetta accanto alla condizione rilevata)(da compilare dal Medico di Guardia sulla base dei dati anamnestici contenuti in cartella clinica)

Condizioni generali:

- AIDS;
- Epatite virale acuta;
- Positività di HbsAg - HCV -HIV;
- Ittero da cause sconosciute;
- Setticemia;
- Rabbia;
- Lue in fase attiva;
- Rosolia congenita;
- Malattia di CreutzfeldeJakob;
- Leucemia acuta;
- Linfomi e Linfosarcomi;
- Morbo di Hodgkin;
- Sindromi Mielodisplastiche
- Malattie del Sistema nervoso centrale ad eziologia sconosciuta (Guillain-Barrè, Alzheimer, Panencefalite subacuta sclerosante, Leucoencefalopatia multifocale progressiva, Encefalite subacuta e Neuromielite ottica, Sclerosi multipla, Sclerosi laterale amiotrofica);
- Malattie del Sistema nervoso centrale di sospetta natura infettiva (Encefalite, Meningite);
- Sindrome di Reye;
- Soggetti trattati dal 1963 al 1985 con ormone della crescita estratto da ipofisi umane;
- Morbo di Parkinson (no sindromi parkinsoniane);
Prolungata assistenza respiratoria meccanica;
Emofilia

Condizioni oculari:

- Tumori del segmento anteriore;
- Retinoblastoma
- Infezioni oculari in atto;
- Cornee inadeguate (es, pterigio, leucomi, cheratocono cornea a guttata
- Pregressi interventi oculari o lesioni della camera anteriore dell'occhio

Condizioni ulteriori per la donazione di segmenti

Vascolari e valvolari

- Storia di neoplasia maligna (eccetto K cerebr primitivo);
- Malattie sistemiche gravi (LES, Diabete mellito);
- Valvulopatie cardiache;
- Reumatismo articolare acuto;
- Endocarditi; Miocardiopatie;
- Pregressi interventi cardiocirurgici;
- Massaggio cardiaco a cuore aperto.

Condizioni ulteriori per il tessuto osseo:

- Storia di neoplasia maligna (eccetto K cerebr. primitivo)
- Storia di trattamento cortisonico prolungato
- Infezioni delle vie genito- urinarie
- Polmonite
- Esposizione a sostanze tossiche

(La scheda trasmessa con i dati contenuti verrà custodita nell'archivio della Segreteria del Coordinamento donazioni e trapianti)

Firma del Medico di Guardia.....

Da compilare a cura del personale inserito nei protocolli donazione:

- Consenso in vita del deceduto Motivo di mancata mancata richiesta ai parenti rifiuto dei parenti
- Consenso della famiglia donazione: rifiuto in vita del deceduto donatore non idoneo per patologia

allegato n° 5

AZIENDA SANITARIA di FIRENZE - Nuovo Ospedale San Giovanni di Dio
DIREZIONE SANITARIA - Via di Torregalli, 3 - Firenze - tel. 055.7192470 - fax 7192417

Firenze,

Al Sig. SINDACO del
Comune di FIRENZE

OGGETTO : Avviso di morte.

Il sottoscritto, delegato dal Direttore Sanitario di questo P.O. in ordine a quanto prescritto dal D.P.R. 396/2000, trasmette all'Ufficio di Stato Civile del Comune di..... il presente avviso di morte con le notizie che si sono potute raccogliere sul conto della persona deceduta in questo Ospedale in data ora della morte Cognome e Nome Luogo di nascita data di nascita Residenza Stato civile Cognome e Nome del coniuge (vivente o defunto)

Per il Direttore Sanitario P.O. N.S.G.
.....(timbro e firma)



allegato n° 8

AZIENDA SANITARIA di FIRENZE - Nuovo Ospedale San Giovanni di Dio
DIREZIONE SANITARIA - Via di Torregalli, 3 - Firenze - tel. 055.7192470 - fax 7192417

Firenze,.....

Al Sig. SINDACO del
Comune di.....

OGGETTO: trattamento antiputrefattivo.

Il giorno..... alle ore..... in Ospedale Nuovo San Giovanni di Dio
via di Torregalli n° 3, Comune di FIRENZE, a norma dell'ART. 32 del D.P.R. n° 285/90 - Regolamento di Polizia Mortuaria, per delega del Direttore Sanitario di P.O. ho effettuato il trattamento antiputrefattivo sul cadavere di :

(Cognome e Nome)

mediante l'introduzione di 500 cc di formalina F.U. nelle cavità corporee.

Il Delegato dal Direttore Sanitario NSGD

.....
(timbro e firma)



allegato n° 7

AZIENDA SANITARIA di FIRENZE - Nuovo Ospedale San Giovanni di Dio
DIREZIONE SANITARIA - Via di Torregalli, 3 - Firenze - tel. 055.7192470 - fax 7192417

Firenze,.....

Al Sig. SINDACO del
Comune di Firenze

OGGETTO : certificato medico di esclusione di reato.

Il sottoscritto dr domiciliato in.....
via n°

medico in servizio presso l'Ospedale Nuovo San Giovanni di Dio
certifico :

che il/la sig/sig.ra è deceduta il

(Cognome e Nome)

a causa di

ed escludo il sospetto che la morte sia dovuta a reato.

AZIENDA USL 10 di FIRENZE
ai sensi dell'ART. 21 DPR n° 445 del 28/12/00

Il sottoscritto

qualifica.....

attesta che la firma sopraportata, è quella del

Dr

la cui identità è stata accertata mediante

.....

Il Medico Ospedale Nuovo S. Giovanni di Dio

.....

(timbro e firma)

__/_/_ IL FUNZIONARIO

.....

CONSIDERAZIONI FINALI

La Polizia Mortuaria è una disciplina complessa che investe in prima persona la Direzione Sanitaria di Presidio.

La molteplicità delle Strutture ed Enti coinvolti, il numero delle certificazioni necessarie per arrivare al seppellimento della salma, la varietà dei casi che si possono presentare, infine la delicatezza della materia, rendono dif-

ficile la gestione del servizio nel suo complesso.

A queste problematiche di carattere generale, nel nostro Presidio si aggiungevano difficoltà di tipo locale, specifico, per cui nel 2000 abbiamo deciso di monitorare l'in-

tero processo allo scopo di individuare le situazioni più critiche e successivamente trovare una soluzione a queste.

Con molta difficoltà e con molta pazienza siamo riusciti a redigere una procedura che abbiamo licenziato nell'ottobre 2002.

L'ostacolo maggiore incontrato nel nostro percorso, al di là dell'oggettiva complessità della materia, è stato l'atteggiamento di disinteresse, potremmo dire quasi di negligenza, nei confronti di tutte le problematiche relative al paziente deceduto.

L'insofferenza nei confronti di una modulistica certificativa, certamente complessa ma comunque dovuta da parte del Sanitario, la cessazione dell'interesse clinico nei confronti del paziente una volta deceduto, la scarsa sensibilità all'accoglienza dei familiari in lutto.

Abbiamo coinvolto tutto il personale sanitario alla stesura della procedura in modo tale da individuare un percorso condiviso e il più possibile semplificato.

Dopo la stesura della procedura abbiamo lavorato molto sulla diffusione della stessa, arrivando a regime nel corso del 2003.

Possiamo dire che gli obiettivi che ci eravamo proposti sono stati raggiunti alla fine del 2003:

- miglioramento delle informazioni ai familiari dei defunti nell'Ospedale S. Giovanni di Dio sulle procedure da seguire in caso di decesso
- semplificazione della documentazione specifica mediante facilitazione per la compilazione delle certificazioni e riorganizzazione dell'invio della documentazione al Comune
- formalizzazione del rilascio della salma dall'Obitorio del Presidio Ospedaliero

Il lavoro che rimane da fare è in relazione è in relazione al rispetto del lutto dei familiari del paziente deceduto; nell'ambito dei progetti HPH legati all'accoglienza e all'umanizzazione del ricovero stiamo lavo-



rando per rendere meno freddo e impersonale un momento (che comunque rimane) di dolore e che merita rispetto e dignità.

BIBLIOGRAFIA

Manuale di polizia mortuaria : definizione, dalla morte al trasporto funebre, il cimitero e le relative strutture, la sepoltura, il regolamento comunale di polizia mortuaria, le attività nel settore delle onoranze funebri, le sanzioni, trapianto di organi e parti del corpo umano / A cura di Mario Agnoli] . Gorle : CEL, 2000.

XIX, 175 p. ; 24 cm.
ISBN 88-7951-273-0.

La polizia mortuaria : guida alla gestione funeraria e cimiteriale / Sereno Scolaro . Rimini : Maggioli, [2000].
395 p. ; 24 cm.

www.asl.vt.it/azienda/area_ospedaliera/ds_poc/documentazione/procedure/medicina%20necroscopica.pdf

Buzzi F.: Per un modello logistico dell'attività necroscopica uniforme sul piano nazionale. Atti del Convegno Nazionale di Medicina Legale e Medicina Necroscopica, Modena, 14-16 aprile 1994.

Pelosi S. Silingardi E. e coll.: L'organizzazione delle attività di medicina necroscopica in provincia di Modena. Centro stampa grafica, Modena, 1994.

Gresham G.A., Turner A. F.: Post mortem procedures. Wolfe Medical Publications Ltd, New York 1979.

Porte ospedaliere



PONZI
Via Gramsci 25/A
40010 Bagnara - Rm
☎ 0545 76009
PONZI ✉ 0545 76027
www.ponzi-in.it
info@ponzi-in.it

Linee guida per l'attribuzione dei codici C.E.R.

A. Cavana*, T. Campione**, G. Finzi**

Ogni tipologia di rifiuto viene definita specificatamente mediante un codice a sei cifre raggruppate a due a due:

- ▶ la prima coppia di cifre rappresenta i venti capitoli che identificano le fonti da cui originano i rifiuti (ad es. 18 - Rifiuti prodotti dal settore sanitario e veterinario o da attività di ricerca collegate);
- ▶ la seconda coppia di cifre rappresenta i sottocapitoli in cui si articola ciascun capitolo (ad es. 18.01 - Rifiuti dei reparti di maternità e rifiuti legati a diagnosi, trattamento e prevenzione delle malattie negli esseri umani);
- ▶ la terza coppia di cifre individua i singoli tipi di rifiuti provenienti da una fonte specifica (ad es. 18.01.10* - Rifiuti di amalgama prodotti da interventi odontoiatrici).

In merito alla identificazione del codice più appropriato da assegnare al rifiuto, nel nuovo CER 2002 vengono meglio definiti i criteri e la procedura da seguire, che è strutturata essenzialmente in un percorso a quattro tappe:

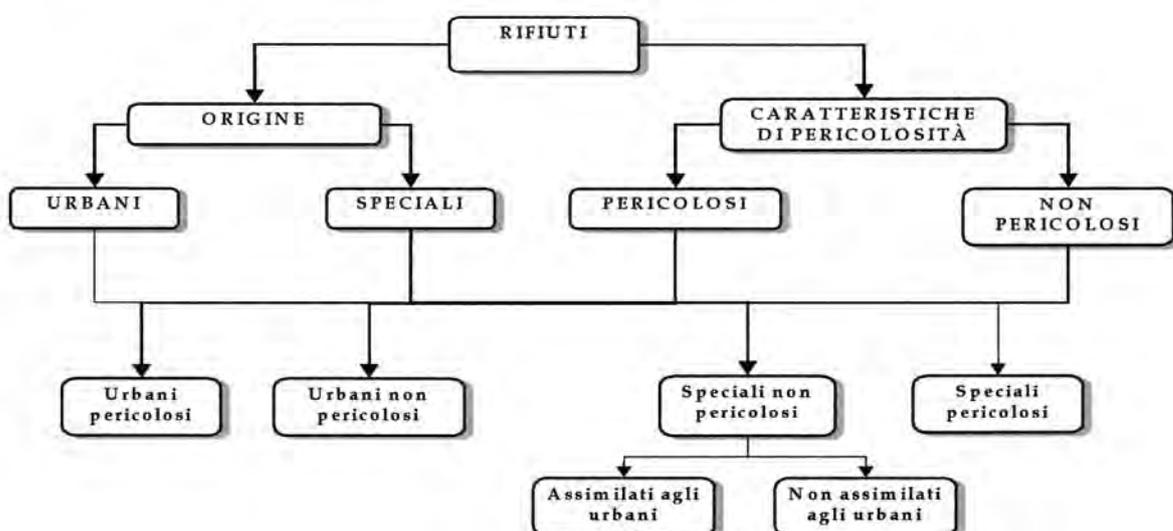
1. identificare la fonte che genera il rifiuto consultando i capitoli delle categorie da 01 a 12 o da 17 a 20 per risalire al codice a sei cifre riferito al rifiuto

in questione, a eccezione dei codici dei suddetti capitoli che terminano con le cifre 99;

2. se nessuno dei codici dei capitoli da 01 a 12 o da 17 a 20 si presta per la classificazione di un determinato rifiuto, occorre esaminare i capitoli 13, 14 e 15 per identificare il codice corretto;
3. se nessuno dei codici riportati dei capitoli 13, 14 e 15 risulta adeguato, occorre definire il rifiuto utilizzando i codici di cui al capitolo 16 - Rifiuti non specificati altrimenti nell'elenco;
4. se un determinato rifiuto non è classificabile neppure mediante i codici del capitolo 16, occorre utilizzare il codice 99 - Rifiuti non altrimenti specificati, preceduto dalle cifre del capitolo che corrisponde all'attività identificata al primo punto.

Tale procedura di classificazione si rende particolarmente utile in tutti quei casi in cui lo stesso rifiuto è previsto contemporaneamente in più capitoli perché derivante da attività diversa. Ad esempio, i rifiuti di imballaggio prodotti nelle Aziende sanitarie che sono oggetto di raccolta differenziata (comprese combinazioni di diversi materiali di imballaggio) vanno classificati alla voce 15.01 e non, come accadeva in precedenza, alla voce 20.01.

SCHEMA LOGICO PER LA CLASSIFICAZIONE DEI RIFIUTI



SCHEMA LOGICO PER LA SUDDIVISIONE DEI RIFIUTI PRODOTTI NELLE AZIENDE SANITARIE

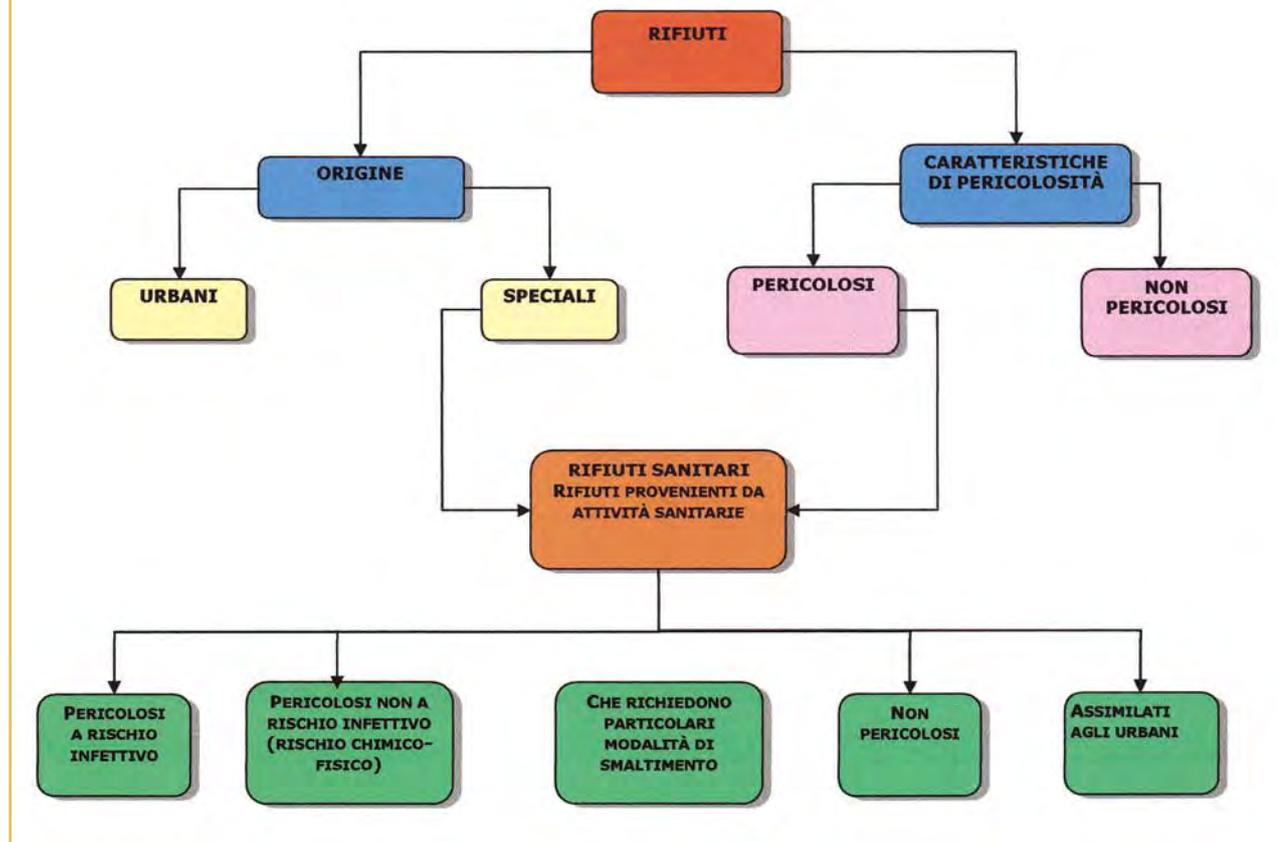


TABELLE COMPARATIVE VECCHI CODICI C.E.R - NUOVI CODICI C.E.R

Riferita alle tipologie di rifiuti prodotti comunemente in ambito Aziendale

LEGENDA: P = PERICOLOSO (SECONDO LA VECCHIA CLASSIFICAZIONE);
* = PERICOLOSO (SECONDO LA NUOVA CLASSIFICAZIONE 2002).

N.B. NELLA COLONNA DEI NUOVI CODICI CER SONO CONTENUTI I CODICI BINOMI

VECCHI CODICI C.E.R		Nuovi Codici C.E.R	
06			
RIFIUTI DA PROCESSI CHIMICI INORGANICI			
06 01	SOLUZIONI ACIDE DI SCARTO	06 01	SOLUZIONI ACIDE DI SCARTO
06 01 01 P	ACIDO SOLFOROSO E SOLFORICO	06 01 01*	ACIDO SOLFORICO ED ACIDO SOLFOROSO
06 01 02 P	ACIDO CLORIDRICO	06 01 02*	ACIDO CLORIDRICO
06 01 03 P	ACIDO FLUORIDRICO	06 01 03*	ACIDO FLUORIDRICO
06 01 04 P	ACIDO FOSFOROSO E FOSFORICO	06 01 04*	ACIDO FOSFORICO E FOSFOROSO
06 01 05 P	ACIDO NITROSO E NITRICO	06 01 05*	ACIDO NITRICO E ACIDO NITROSO
06 01 99 P	RIFIUTI NON SPECIFICATI ALTRIMENTI	06 01 06*	ALTRI ACIDI
		06 01 99	RIFIUTI NON SPECIFICATI ALTRIMENTI
		06 07 04*	SOLUZIONI ED ACIDI, AD ES. ACIDO DI CONTATTO
06 02	SOLUZIONI ALCALINE	06 02	SOLUZIONI ALCALINE
06 02 01 P	IDROSSIDO DI CALCIO	06 02 01*	IDROSSIDO DI CALCIO
06 02 02 P	SODA (IDROSSIDO DI SODIO)	06 02 04*	IDROSSIDO DI SODIO E DI POTASSIO
06 02 03 P	AMMONIACA	06 02 03*	IDROSSIDO DI AMMONIO
06 02 99 P	RIFIUTI NON SPECIFICATI ALTRIMENTI	06 02 05*	ALTRE BASI
		06 02 99	RIFIUTI NON SPECIFICATI ALTRIMENTI

VECCHI CODICI C.E.R		Nuovi Codici C.E.R	
06 03	SALI E LORO SOLUZIONI	06 03	SALI E LORO SOLUZIONI
06 03 01	CARBONATI	06 03 13*	SALI E LORO SOLUZIONI, CONTENENTI METALLI PESANTI
		06 03 14	SALI E LORO SOLUZIONI (NON CONTENENTI CIANURI E NON CONTENENTI METALLI PESANTI)
06 03 02	SOLUZIONI SALINE CONTENENTI SOLFATI, SOLFITI E SOLFURI CONTENENTI	06 03 13*	SALI E LORO SOLUZIONI, CONTENENTI METALLI PESANTI
		06 03 14	SALI E LORO SOLUZIONI (NON CONTENENTI CIANURI E NON METALLI PESANTI)
06 03 03	SALI SOLIDI CONTENENTI SOLFATI, SOLFITI E SOLFURI	06 03 13*	SALI E LORO SOLUZIONI, CONTENENTI METALLI PESANTI
		06 03 14	SALI E LORO SOLUZIONI (NON CONTENENTI CIANURI E NON CONTENENTI METALLI PESANTI)
06 03 04	SOLUZIONI SALINE CONTENENTI CLORURI, FLUORURI ED ALTRI ALOGENURI	06 03 13*	SALI E LORO SOLUZIONI, CONTENENTI METALLI PESANTI
		06 03 14	SALI E LORO SOLUZIONI (NON CONTENENTI CIANURI E NON CONTENENTI METALLI PESANTI)
06 03 05	SALI SOLIDI CONTENENTI CLORURI, FLUORURI ED ALTRI SOLIDI ALOGENATI	06 03 13*	SALI E LORO SOLUZIONI, CONTENENTI METALLI PESANTI
		06 03 14	SALI E LORO SOLUZIONI (NON CONTENENTI CIANURI E NON CONTENENTI METALLI PESANTI)
06 03 06	SOLUZIONI SALINE CONTENENTI FOSFATI E SALI SOLIDI COLLEGATI	06 03 13*	SALI E LORO SOLUZIONI, CONTENENTI METALLI PESANTI
		06 03 14	SALI E LORO SOLUZIONI (NON CONTENENTI CIANURI E NON CONTENENTI METALLI PESANTI)
06 03 07	FOSFATI E SALI SOLIDI COLLEGATI	06 03 13*	SALI E LORO SOLUZIONI, CONTENENTI METALLI PESANTI
		06 03 14	SALI E LORO SOLUZIONI (NON CONTENENTI CIANURI E NON CONTENENTI METALLI PESANTI)
06 03 08	SOLUZIONI SALINE CONTENENTI NITRATI E COMPOSTI COLLEGATI	06 03 13*	SALI E LORO SOLUZIONI, CONTENENTI METALLI PESANTI
		06 03 14	SALI E LORO SOLUZIONI (NON CONTENENTI CIANURI E NON CONTENENTI METALLI PESANTI)
06 03 09	SALI SOLIDI CONTENENTI NITRURI (NITROMETALLI)	06 03 13*	SALI E LORO SOLUZIONI, CONTENENTI METALLI PESANTI
		06 03 14	SALI E LORO SOLUZIONI (NON CONTENENTI CIANURI E NON CONTENENTI METALLI PESANTI)
06 03 10	SALI SOLIDI CONTENENTI AMMONIO	06 03 13*	SALI E LORO SOLUZIONI, CONTENENTI METALLI PESANTI
		06 03 14	SALI E LORO SOLUZIONI (NON CONTENENTI CIANURI E NON CONTENENTI METALLI PESANTI)
06 03 11 P	SALI E SOLUZIONI CONTENENTI CIANURI	06 03 11*	SALI E SOLUZIONI CONTENENTI CIANURI
06 03 12	SALI E SOLUZIONI CONTENENTI COMPOSTI ORGANICI	06 03 13*	SALI E LORO SOLUZIONI, CONTENENTI METALLI PESANTI
		06 03 14	SALI E LORO SOLUZIONI (NON CONTENENTI CIANURI E NON CONTENENTI METALLI PESANTI)
06 03 99	RIFIUTI NON SPECIFICATI ALTRIMENTI (MISCELA DI SALI E SOLUZIONI INORGANICHE)	06 03 99	RIFIUTI NON SPECIFICATI ALTRIMENTI (MISCELA DI SALI E SOLUZIONI INORGANICHE)

VECCHI CODICI C.E.R		Nuovi Codici C.E.R	
06 04	RIFIUTI CONTENENTI METALLI	06 04	RIFIUTI CONTENENTI METALLI
06 04 01	OSSIDI METALLICI	06 03 15*	OSSIDI METALLICI CONTENENTI METALLI PESANTI
		06 03 16	OSSIDI METALLICI, NON CONTENENTI METALLI PESANTI
06 04 02 P	SALI METALLICI (TRANNE I RIFIUTI A CODICE 06 03 00)	06 03 13*	SALI E LORO SOLUZIONI, CONTENENTI METALLI PESANTI
		06 03 14	SALI E LORO SOLUZIONI (NON CONTENENTI CIANURI E NON CONTENENTI METALLI PESANTI)
06 04 03 P	RIFIUTI CONTENENTI ARSENICO	06 04 03*	RIFIUTI CONTENENTI ARSENICO
06 04 04 P	RIFIUTI CONTENENTI MERCURIO	06 04 04*	RIFIUTI CONTENENTI MERCURIO
06 04 05 P	RIFIUTI CONTENENTI ALTRI METALLI PESANTI	06 04 05*	RIFIUTI CONTENENTI ALTRI METALLI PESANTI
06 04 99	RIFIUTI NON SPECIFICATI ALTRIMENTI	06 04 99	RIFIUTI NON SPECIFICATI ALTRIMENTI

VECCHI CODICI C.E.R		Nuovi Codici C.E.R	
07			
RIFIUTI DA PROCESSI CHIMICI ORGANICI			
07 01	RIFIUTI DA PRODUZIONE, FORMULAZIONE, FORNITURA ED USO (PFFU) DI PRODOTTI CHIMICI ORGANICI DI BASE	07 01	RIFIUTI DA PRODUZIONE, FORMULAZIONE, FORNITURA ED USO (PFFU) DI PRODOTTI CHIMICI ORGANICI DI BASE
07 01 04 P	ALTRI SOLVENTI ORGANICI, SOLUZIONI DI LAVAGGIO ED ACQUE MADRI	07 01 04*	ALTRI SOLVENTI ORGANICI, SOLUZIONI DI LAVAGGIO ED ACQUE MADRI
07 01 10 P	ALTRI RESIDUI DI FILTRAZIONE E ASSORBENTI ESAURITI	07 01 10*	ALTRI RESIDUI DI FILTRAZIONE E ASSORBENTI ESAURITI
07 01 99	RIFIUTI NON SPECIFICATI ALTRIMENTI	07 01 99	RIFIUTI NON SPECIFICATI ALTRIMENTI

VECCHI CODICI C.E.R		Nuovi Codici C.E.R	
08			
RIFIUTI DA PRODUZIONE, FORMULAZIONE, FORNITURA ED USO (PFFU) DI RIVESTIMENTI (PITTURE, VERNICI E SMALTI VETRATI), SIGILLANTI E INCHIOSTRI PER STAMPA			
08 02	RIFIUTI DA PFFU DI ALTRI RIVESTIMENTI (INCLUSI MATERIALI CERAMICI)	08 02	RIFIUTI DA PFFU DI ALTRI RIVESTIMENTI (INCLUSI MATERIALI CERAMICI)
08 02 99	RIFIUTI NON SPECIFICATI ALTRIMENTI	08 02 99	RIFIUTI NON SPECIFICATI ALTRIMENTI
VECCHI CODICI C.E.R		Nuovi Codici C.E.R	
09			
RIFIUTI DELL'INDUSTRIA FOTOGRAFICA			
09 01	RIFIUTI DELL'INDUSTRIA FOTOGRAFICA	09 01	RIFIUTI DELL'INDUSTRIA FOTOGRAFICA
09 01 01 P	SOLUZIONI DI SVILUPPO ED ATTIVANTI A BASE ACQUOSA	09 01 01*	SOLUZIONI DI SVILUPPO ED ATTIVANTI A BASE ACQUOSA
09 01 04 P	SOLUZIONI DI FISSAGGIO	09 01 04*	SOLUZIONI DI FISSAGGIO
VECCHI CODICI C.E.R		Nuovi Codici C.E.R	
13			
OLI ESAURITI (TRANNE GLI OLI COMMESTIBILI, I RIFIUTI DELLA RAFFINAZIONE DEL PETROLIO, PURIFICAZIONE DEL GAS NATURALE E TRATTAMENTO PIROLITICO DEL CARBONE ED I RIFIUTI DI LAVORAZIONE E DI TRATTAMENTO SUPERFICIALE DI METALLI E PLASTICA 05 E 12)			
13 02	OLI ESAURITI DA MOTORI, TRASMISSIONI ED INGRANAGGI	13 02	OLI ESAURITI DA MOTORI, TRASMISSIONI ED INGRANAGGI
13 02 02 P	OLI ESAURITI DA MOTORI, TRASMISSIONI ED INGRANAGGI NON CONTENENTI COMPOSTI ORGANICI CLORURATI	13 02 05*	SCARTI DI OLIO MINERALE PER MOTORI, INGRANAGGI E LUBRIFICAZIONE, NON CLORURATI
		13 02 06*	SCARTI DI OLIO SINTETICO PER MOTORI, INGRANAGGI E LUBRIFICAZIONE
		13 02 07*	OLIO PER MOTORI, INGRANAGGI E LUBRIFICAZIONE, FACILMENTE BIODEGRADABILE
VECCHI CODICI C.E.R		Nuovi Codici C.E.R	
15			
RIFIUTI DI IMBALLAGGIO; ASSORBENTI; STRACCI MATERIALI FILTRANTI E INDUMENTI PROTETTIVI (NON SPECIFICATI ALTRIMENTI)			
15 01	IMBALLAGGI	15 01	IMBALLAGGI
15 01 03	IMBALLAGGI IN LEGNO	15 01 03	IMBALLAGGI IN LEGNO
15 01 06	IMBALLAGGI IN PIU' MATERIALI	15 01 06	IMBALLAGGI IN MATERIALI MISTI
		15 01 08*	IMBALLAGGI CONTENENTI RESIDUI DI SOSTANZE PERICOLOSE O CONTAMINATI DA TALI SOSTANZE
15 02	ASSORBENTI, MATERIALI FILTRANTI, STRACCI, INDUMENTI PROTETTIVI	15 02	ASSORBENTI, MATERIALI FILTRANTI, STRACCI, INDUMENTI PROTETTIVI
150201	ASSORBENTI, MATERIALI FILTRANTI, STRACCI, INDUMENTI PROTETTIVI	15 02 02*	ASSORBENTI, MATERIALI FILTRANTI, STRACCI, INDUMENTI PROTETTIVI CONTAMINATI DA SOSTANZE PERICOLOSE
		15 02 03	ASSORBENTI, MATERIALI FILTRANTI, STRACCI, INDUMENTI PROTETTIVI DIVERSI DA QUELLI DI CUI AL PUNTO 15 02 02 (NON CONTAMINATI DA SOSTANZE PERICOLOSE)
VECCHI CODICI C.E.R		Nuovi Codici C.E.R	
16			
RIFIUTI NON SPECIFICATI ALTRIMENTI NELL'ELENCO			
16 02	APPARECCHIATURE O PARTI DI APPARECCHIATURE FUORI USO	16 02	SCARTI PROVENIENTI DA APPARECCHIATURE ELETTRICHE ED ELETTRONICHE
16 02 04	APPARECCHIATURE FUORI USO CONTENENTI AMIANTO IN FIBRE	16 02 12*	APPARECCHIATURE FUORI USO CONTENENTI AMIANTO IN FIBRE LIBERE
16 02 05	ALTRE APPARECCHIATURE FUORI USO	16 02 14	APPARECCHIATURE FUORI USO, (DIVERSE DA TRASFORMATORI CONTENENTI PCB, E DIVERSE DA QUELLE ALLA VOCE 16 02 13)
		16 02 13*	APPARECCHIATURE FUORI USO CONTENENTI COMPONENTI PERICOLOSI (DIVERSI DA TRASFORMATORI CONTENENTI PB E DIVERSE DA APPARECCHIATURE FUORI USO CONTENENTI AMIANTO IN FIBRE)
		<small>POSSONO RIENTRARE TRA I COMPONENTI PERICOLOSI DI APPARECCHIATURE ELETTRICHE ED ELETTRONICHE GLI ACCUMULATORI E LE BATTERIE AL PIOMBO, AL NICHEL CADMIO, BATTERIE CONTENENTI MERCURIO, ELETTROLITI DI BATTERIE ED ACCUMULATORI, OGGETTO DI RACCOLTA DIFFERENZIATA, I COMMUTATORI A MERCURIO, I VETRI DI TUBI A RAGGI CATODICI ED ALTRI VETRI RADIOATTIVI, ECC.</small>	

VECCHI CODICI C.E.R	Nuovi Codici C.E.R
16 03 PRODOTTI FUORI SPECIFICA	16 03 PRODOTTI FUORI SPECIFICA E PRODOTTI INUTILIZZATI
16 03 01 PRODOTTI FUORI SPECIFICA INORGANICI	16 03 03* RIFIUTI INORGANICI CONTENENTI SOSTANZE PERICOLOSE
16 03 02 PRODOTTI FUORI SPECIFICA ORGANIC	16 03 04 RIFIUTI INORGANICI NON CONTENENTI SOSTANZE PERICOLOSE
16 05 GAS E SOSTANZE CHIMICHE IN CONTENITORI	16 05 GAS IN CONTENITORI A PRESSIONE E PRODOTTI CHIMICI DI SCARTO
16 05 01 GAS INDUSTRIALI CONTENUTI IN CILINDRI AD ALTA PRESSIONE, CONTENITORI LPG E CONTENITORI PER AEROSOL INDUSTRIALI (COMPRESI GLI HALON)	16 05 04* GAS IN CONTENITORI A PRESSIONE (COMPRESI GLI HALON), CONTENENTI SOSTANZE PERICOLOSE
16 05 02 ALTRI RIFIUTI CONTENENTI PRODOTTI CHIMICI INORGANICI ES. SOSTANZE CHIMICHE DA LABORATORIO NON SPECIFICATE ALTRIMENTI, POLVERI ESTINGUENTI	16 05 05 GAS IN CONTENITORI A PRESSIONE, DIVERSI DA QUELLI DI CUI ALLA VOCE 16 05 04
16 05 03 ALTRI RIFIUTI CONTENENTI PRODOTTI CHIMICI ORGANICI, ES. SOSTANZE CHIMICHE DI LABORATORIO NON SPECIFICATE ALTRIMENTI	16 05 06* SOSTANZE CHIMICHE DI LABORATORIO CONTENENTI O COSTITUITE DA SOSTANZE PERICOLOSE, COMPRESI LE MISCELE DI SOSTANZE CHIMICHE DI LABORATORIO
	16 05 07* SOSTANZE CHIMICHE INORGANICHE DI SCARTO CONTENENTI O COSTITUITE DA SOSTANZE PERICOLOSE
	16 05 09 SOSTANZE CHIMICHE DI SCARTO, DIVERSE DA QUELLE DI CUI ALLE VOCI 16 95 06, 16 05 07 E 16 05 08
	16 09 SOSTANZE OSSIDANTI
	16 09 01* PERMANGANATI, AD ESEMPIO PERMANGANATO DI POTASSIO
	16 09 02* CROMATI, AD ESEMPIO CROMATO DI POTASSIO DICROMATO DI POTASSIO O DI SODIO
	16 09 03* PEROSSIDI, AD ESEMPIO PEROSSIDO D'IDROGENO
	16 09 04* SOSTANZE OSSIDANTI NON SPECIFICATE ALTRIMENTI
	16 05 06* SOSTANZE CHIMICHE DI LABORATORIO CONTENENTI O COSTITUITE DA SOSTANZE PERICOLOSE, COMPRESI LE MISCELE DI SOSTANZE CHIMICHE DI LABORATORIO
	16 05 08* SOSTANZE CHIMICHE ORGANICHE DI SCARTO CONTENENTI O COSTITUITE DA SOSTANZE PERICOLOSE
	16 05 09 SOSTANZE CHIMICHE DI SCARTO, DIVERSE DA QUELLE DI CUI ALLE VOCI 16 95 06, 16 05 07 E 16 05 08
	16 09 04* SOSTANZE OSSIDANTI NON SPECIFICATE ALTRIMENTI

VECCHI CODICI C.E.R	Nuovi Codici C.E.R
17	
RIFIUTI DI COSTRUZIONE DEMOLIZIONI (COMPRESA LA COSTRUZIONE DI STRADE)	
17 01 CEMENTO, MATTONI, MATTONELLE, CERAMICHE E MATERIALI IN GESSO	17 01 CEMENTO, MATTONI, MATTONELLE, CERAMICHE E MATERIALI IN GESSO
17 01 03 MATTONELLE E CERAMICA	17 01 03 MATTONELLE E CERAMICA
17 02 LEGNO VETRO E PLASTICA	17 02 LEGNO VETRO E PLASTICA
17 02 01 LEGNO	17 02 01 LEGNO
17 02 02 VETRO	17 02 02 VETRO
17 02 03 PLASTICA	17 02 03 PLASTICA

VECCHI CODICI C.E.R	Nuovi Codici C.E.R
18	
RIFIUTI DI RICERCA MEDICA E VETERINARIA (TRANNE I RIFIUTI DI CUCINA E DI RISTORAZIONE CHE NON DERIVINO DIRETTAMENTE DA LUOGHI DI CURA)	
18 01 RIFIUTI DA MATERNITÀ E DA SISTEMI DI DIAGNOSI, TRATTAMENTO E PREVENZIONE DELLE MALATTIE DELL'UOMO	18 01 RIFIUTI DA MATERNITÀ E DA SISTEMI DI DIAGNOSI, TRATTAMENTO E PREVENZIONE DELLE MALATTIE DELL'UOMO
18 01 03 P ALTRI RIFIUTI LA CUI RACCOLTA E SMALTIMENTO RICHIEDE PRECAUZIONI PARTICOLARI IN FUNZIONE DELLA PREVENZIONE DI INFEZIONI	18 01 03* RIFIUTI LA CUI RACCOLTA E SMALTIMENTO RICHIEDE PRECAUZIONI PARTICOLARI IN FUNZIONE DELLA PREVENZIONE DI INFEZIONI
18 01 04 RIFIUTI LA CUI RACCOLTA E SMALTIMENTO NON RICHIEDE PRECAUZIONI PARTICOLARI IN FUNZIONE DELLA PREVENZIONE DI INFEZIONI (ES. ABBIGLIAMENTI, CONTENITORI ED INDUMENTI MONOUSO)	18 01 04 RIFIUTI LA CUI RACCOLTA E SMALTIMENTO NON RICHIEDE PRECAUZIONI PARTICOLARI IN FUNZIONE DELLA PREVENZIONE DI INFEZIONI (ES. ABBIGLIAMENTI, CONTENITORI ED INDUMENTI MONOUSO)
18 01 05 SOSTANZE CHIMICHE E MEDICINALI DI SCARTO	18 01 06* SOSTANZE CHIMICHE CONTENENTI O COSTITUITE DA SOSTANZE PERICOLOSE
	18 01 07 SOSTANZE CHIMICHE DIVERSE DA QUELLE DI CUI AL PUNTO 18 01 06
	18 01 08* MEDICINALI CITOTOSSICI E CITOSTATICI
	18 01 09 MEDICINALI DIVERSI DA QUELLI DI CUI AL PUNTO 18 01 08

18 02	RIFIUTI DALLA RICERCA E DA SISTEMI DI DIAGNOSI, TRATTAMENTO E PREVENZIONE DELLE MALATTIE NEGLI ANIMALI	18 02	RIFIUTI DALLA RICERCA E DA SISTEMI DI DIAGNOSI, TRATTAMENTO E PREVENZIONE DELLE MALATTIE NEGLI ANIMALI
18 02 02 P	ALTRI RIFIUTI LA CUI RACCOLTA E SMALTIMENTO RICHIEDE PRECAUZIONI PARTICOLARI IN FUNZIONE DELLA PREVENZIONE DI INFEZIONI	18 02 02 *	RIFIUTI LA CUI RACCOLTA E SMALTIMENTO RICHIEDONO PRECAUZIONI PARTICOLARI IN FUNZIONE DELLA PREVENZIONE DI INFEZIONI
18 02 03	RIFIUTI LA CUI RACCOLTA E SMALTIMENTO NON RICHIEDONO PRECAUZIONI PARTICOLARI IN FUNZIONE DELLA PREVENZIONE DI INFEZIONI	18 02 03	RIFIUTI LA CUI RACCOLTA E SMALTIMENTO NON RICHIEDE PRECAUZIONI PARTICOLARI IN FUNZIONE DELLA PREVENZIONE DI INFEZIONI
18 02 04 P	SOSTANZE CHIMICHE DI SCARTO	18 02 05*	SOSTANZE CHIMICHE CONTENENTI O COSTITUITE DA SOSTANZE PERICOLOSE
		18 02 06	SOSTANZE CHIMICHE DIVERSE DA QUELLE DI CUI AL PUNTO 18 02 05
		18 02 07*	MEDICINALI CITOTOSSICI E CITOSTATICI
		18 02 08	MEDICINALI DIVERSI DA QUELLI DI CUI AL PUNTO 18 01 07
VECCHI CODICI C.E.R		Nuovi Codici C.E.R	

19

RIFIUTI DA IMPIANTI DI TRATTAMENTO DEI RIFIUTI, IMPIANTI DI TRATTAMENTO DELLE ACQUE REFLUE FUORI SITO E INDUSTRIE DELL'ACQUA

19 09	RIFIUTI DALLA PREPARAZIONE DI ACQUA POTABILE OD ACQUA PER USO COMMERCIALE	19 09	RIFIUTI DALLA PREPARAZIONE DI ACQUA POTABILE OD ACQUA PER USO COMMERCIALE
19 09 04	CARBONE ATTIVO ESAURITO	19 09 04	CARBONE ATTIVO ESAURITO
19 09 05	RESINE DI SCAMBIO IONICO SATURE OD ESAUSTE	19 09 05	RESINE DI SCAMBIO IONICO SATURE OD ESAUSTE

N.B. PER "METALLO PESANTE" SI INTENDE QUALUNQUE COMPOSTO DI:

ANTIMONIO, ARSENICO, CADMIO, CROMO, RAME, PIOMBO, MERCURIO, NICHEL, SELENIO, TELLURIO, TALLIO E STAGNO.

** DIREZIONE MEDICA AZ. OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI BOLOGNA POL. S. ORSOLA MALPIGHI

**È attivo
il sito
nazionale
www.anmndo.org**



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



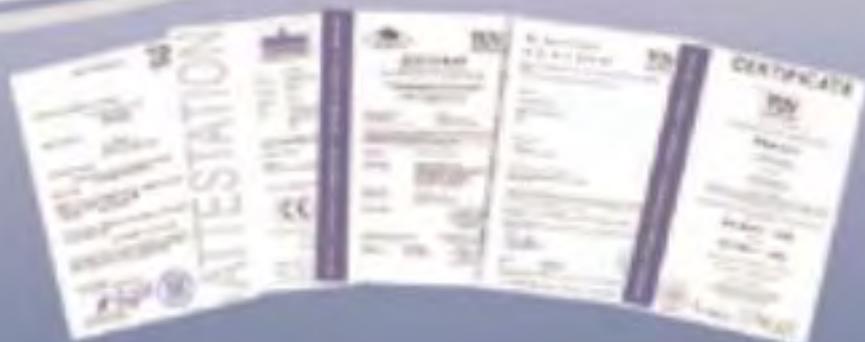
LAVACCESSORI



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

DUE SOLUZIONI PER GLI AMBIENTI OSPEDALIERI

Le pareti divisorie in laminato stratificato proposte da Patentverwag Italia sono ideali per l'installazione nei servizi delle strutture ospedaliere. E per gli spogliatoi ci sono gli armadi a due scomparti



nissima concezione, sono costruite nel rispetto delle più severe norme europee in fatto di sicurezza; resistenza al fuoco di classe 2 o su richiesta di classe

Orientamento costante nella progettazione di ogni moderna struttura è quello di sostituire le tradizionali pareti divisorie in mattoni forati e piastrelle con pannellature prefabbricate. Patentverwag Italia, azienda attiva nel settore da svariati anni, ha creato due linee alternative: linea "SX" e linea "Aluminium".

Molti i vantaggi: economicità, grazie alla possibilità di suddividere gli spazi in tempi brevissimi e con costi inferiori a quelli propri delle murature che implicano rivestimenti, controtelai per porte e relativa posa in opera; igiene: pareti lavabili e disinfettabili, sospese da terra su piedini regolabili in acciaio inox o alluminio anodizzato; estetica, perché l'integrazione fra pareti e porte implica una superficie continua, dalle medesime tonalità cromatiche; durata: non si avranno distacchi di telai, zoccolino, piastrelle, intonaci, né incrinature. Le pareti divisorie serie SX e serie Aluminium sono infatti caratterizzate dall'assemblaggio di pannelli monolitici di laminato stratificato massello HPL da mm 14 di spessore.



Gli elementi di assemblaggio sono in acciaio inox per la serie SX e in alluminio anodizzato per la "Aluminium". Le due serie, entrambe di nuova e moder-

1 secondo il DM 26/6/84 e nessuna emissione di formaldeide per i pannelli di laminato che rispondono alle norme europee EN 438 e internazionali ISO 4586. Il laminato HPL che costituisce i pannelli è resistente ad umidità, lavaggi, graffiature, sollecitazioni vandaliche, ed è disponibile in un'infinita gamma di colori e di finiture superficiali, ma soprattutto è igienizzabile mediante qualsiasi tipo di detersivo o di disinfettante. Ideali per l'applicazione in ambito ospedaliero, e più specificatamente per gli spogliatoi degli ospedali, sono gli armadi a due scomparti proposti da Patentverwag Italia, divisione "arredi per la sanità". Il sistema costruttivo adottato si basa, tra l'altro, sull'impiego di materiali assolutamente inossidabili, e consente di costruire una vastissima tipologia di armadietti per soddisfare le più differenti e varieghe esigenze, nel quadro di una normativa sempre più restrittiva che ha introdotto la netta differenziazione tra lo spazio dedicato agli indumenti da lavoro e quello destinato agli abiti civili, il ripiano terminale inclinato ed il rialzo del pavimento.

Caratteristiche, queste, che rispettivamente consentono di separare gli abiti "sporchi" da quelli puliti, di facilitare le operazioni di pulizia sugli armadi e di evitare contemporaneamente l'accumulo di oggetti ed indumenti sopra gli stessi, di permettere una pulizia seria, completa ed estesa dei pavimenti. **info@patentverwag.it**
www.patentverwag.it

Safe
clean

Emulsione per la rimozione di cerotti, collanti e altri residui dalla cute

L'alternativa ai solventi organici



Eurospital

Eurospital S.p.A.
Via...
Tel. 0421-200711 Fax 0421-200744
Email: info@eurospital.com www.eurospital.com

**UN SISTEMA INNOVATIVO
PER L'IDENTIFICAZIONE
BATTERICA
E L'ANTIBIOGRAMMA**



VITEK 2 Compact, sistema lanciato

sul mercato italiano da bioMérieux dall'inizio del 2005, offre tutte le funzionalità avanzate di VITEK 2, la cui tecnologia viene così resa accessibile ai laboratori di qualsiasi dimensione: in effetti Vitek 2 Compact è stato ideato per i medi e piccoli laboratori. I modelli 60 e 120 (XL) sono invece destinati a laboratori di microbiologia che effettuano quotidianamente un elevato numero di test. VITEK 2 e VITEK 2 Compact sono dotati del medesimo software di validazione dei test di resistenza agli antibiotici e di interpretazione dei risultati, l'Advanced Expert System (AES). Si tratta di un software che permette di identificare i meccanismi di resistenza batterica, comprese le resistenze emergenti e quelle di basso livello. L'AES può inoltre contribuire all'individuazione di infezioni ospedaliere. Oltre 330 specie microbiche possono venire identificate grazie a un database aggiornato ed alle nuove cards di identificazione colorimetrica VITEK 2. Questo database copre oltre il 95% dei test microbiologici di routine.

www.biomerieux.it

IL BELLO DELL'ESPERIENZA

GES Group, azienda da anni specializzata nella produzione di arredo-spogliatoio per enti ospedalieri, sportivi, turistici e scuole.



GES Group srl si è specializzata fin dalla sua costituzione nella produzione e nella vendita di arredo-spogliatoio per enti ospedalieri, sportivi, turistici ed istituti scolastici. Offrendo un servizio completo di progettazione e assistenza post-vendita. La gamma di prodotti comprende armadi nelle varie dimensioni e finiture, box servizi docce e wc, porte, tavoli, top lavamani, panche, ecc., tutti costruiti in laminato massello (hpl), nei vari spessori di 8-10 e 14 mm.

La scelta dei materiali, degli accessori e delle componenti di sistema si basa sulla totale compatibilità eco-ambientale e si traduce in una corretta prevenzione igienica senza compromettere estetica, funzionalità e comfort. Tutti i materiali utilizzati sono conformi alla legge nr. 186/68 d.p.r. nr. 327 del 28.03.1980, al d.l. 626/94 e alle direttive CEE. GES Group fornisce inoltre attrezzature per piscine, accessori per piano vasca (corsie, scalette, blocchi di partenza, ecc) e per spogliatoio (tappetini, piantane, griglie, ecc).

info@gesgroup.it - www.gesgroup.it



**PORTA SCORREVOLE A TENUTA
ERMETICA IN ALLUMINIO**

Novità dall'ufficio studi e ricerche della Ponzi Ingressi Ospedalieri: una porta ipertecnologica per la chiusura dei reparti operatori.

La porta Ponzi Hermetica, apparecchiatura biomedicale, è l'ultima nata per la chiusura dei reparti operatori. L'ufficio studi e ricerche della Ponzi Ingressi Ospedalieri, attento all'innovazione, ha dato un'ottima risposta per com-

partimentare sale operatorie, sale terapia intensiva, sale diagnostica, laboratori di ricerca. La porta scorrevole Ponzi Hermetica, risolve perfettamente ogni problema in ambiente di asepsi, igiene e resiste alla pulizia da disinfettanti.

La porta è complanare per eliminare i possibili accumuli di polvere e per una maggiore pulizia, predisposta per soluzione automatica o manuale con guide e carrelli che sopportano un peso dell'anta fino a 200 kg. Il pannello - anta è intelaiato con speciali profilati in lega di alluminio sezione da mm 60, arrotondati, finiti con trattamento di ossidazione anodica, può essere realizzato con finiture in vari materiali come, laminati plastici PHL (Abet) finitura 6, lastre in acciaio inox AISI 304 finitura Scotch Brite, acciaio porcellanato e/o smaltato, lastre in PVC e/o gamma di rivestimento. Speciali guarnizioni di tenuta in mescola (Neo) Dutral antiacida ed antielettrica. Viene altresì fornita la soluzione con schermatura a RX nelle versioni PB 1 mm e PB 2 mm.

L'automatismo è esclusivo per uso ospedaliero, potente, silenzioso, con elettronica predisposta per organi di comando, sicurezza e per collegamento in rete PC. La porta scorrevole è realizzata su misura dal cliente, nella classe a tenuta ermetica sui quattro lati perimetrali.

Il movimento di scorrimento dell'anta di apertura e chiusura, è verticale ed orizzontale e garantisce la perfetta tenuta acustica ed all'aria.

Il movimento è scorrevole in quanto si ha una razionalizzazione dello spazio occupato ed uno spostamento d'aria fortemente ridotto con limitazione alle turbolenze.

Questo sistema garantisce una perfetta chiusura ermetica della porta tramite le guarnizioni che vengono sigillate contro il telaio ed il pavimento della porta, che si chiude uniformemente a 45° sfruttando il suo peso.

Con questo sistema, è possibile controllare accuratamente le condizioni dell'aria in aree ben separate.

La versione manuale è completa di maniglioni in acciaio inox per la manovra di apertura - chiusura, mentre; la versione automatica prevede un gruppo elettromeccanico con motoriduttore, trasmissione a cinghia dentata, unità elettronica con comando a microprocessore ed encoder, tensione di alimentazione 220V, 50 Hz, funzionamento a corrente continua 24 V. Ha comandi di apertura a gomito, a sfioramento oppure a fungo. Sono presenti organi di sicurezza: fotocellule, sensori di presenza ed infrarossi attivi. Le porte sono conformi alle norme CE in vigore, e precisamente alla:

- Direttiva Macchine (89/392/CEE): recepita in Italia con DPR 459 del '96.
- Direttiva Bassa Tensione (73/23/CEE): recepita in Italia con la legge 791 del '77, modificata dal D.Lgs. 626 del '96.
- Direttiva Compatibilità Elettromagnetica (89/366/CEE): recepita in Italia con D.Lgs. 476 del '92, modificata dal D. Lgs. 615 del '96.

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

LEO®



soteco



DALLA FABBRICA AL PAZIENTE: UN SERVIZIO CHIAVI IN MANO

Grazie a 50 anni di presenza costante nel mondo dell'igiene Lidimed oggi si presenta come interlocutore unico per soddisfare ogni esigenza della sala operatoria collegata al mondo della sterilizzazione e dell'igiene.

Nel DNA dell'azienda di Porto Garibaldi (Fe), c'è la capacità di gestire il prodotto riutilizzabile e con essa, di conseguenza, la capacità di rintracciare lo stesso lungo le fasi della filiera produttiva. Infatti, l'abilità del riutilizzo consiste nel tenere costantemente monitorato il prodotto in modo da poterlo utilizzare più volte. Per cui, ancora prima che ne parlasse il legislatore ad esempio nel campo alimentare, o che diventasse argomento di comune discussione, il concetto della rintracciabilità è sempre stato un concetto vitale nel mondo del riutilizzo, ed oggi ha conosciuto un ampio sviluppo, grazie alla sua applicazione in molti campi di attività, andando così a coprire tutta la filiera produttiva. Secondo tale logica gli scopi della rintracciabilità sono:

- * la garanzia della sicurezza in termini di D.Lgs 46/97 in tutti gli aspetti della fabbricazione del kit sterile
- * la responsabilità del fabbricante
- * la trasparenza del mercato nei confronti del cliente
- * l'integrazione della filiera produttiva da monte a valle
- * la definizione della tracciabilità dei prodotti in tutte le fasi della filiera

Uno dei punti di forza che contraddistinguono il sistema di fornitura di TTR sterili è la flessibilità. Il sistema di fornitura è completamente adattabile alle esigenze ed alle abitudini del cliente ed in particolare il sistema di tracciabilità è perfettamente integrabile con il sistema utilizzato dal cliente. In particolare i punti salienti del servizio chiavi in mano sono i seguenti:

- * analisi delle tipologie di interventi chirurgici e relativi dati quantitativi;
- * analisi procedure di vestizione e utilizzo dei tavoli per strumentario chirurgico;
- * analisi procedure di intervento dalla vestizione degli operatori, ai tavoli, alla copertura del campo operatorio stricto sensu ;
- * proposta di kit in funzione delle informazioni raccolte;
- * test dei kit in sala operatoria e rilevazioni delle modifiche sia in termini di composizione del kit sia di confezionamento del componente tessile;
- * analisi dei consumi e predisposizione della fornitura;
- * gestione dei depositi presso cliente dei kit sterili;
- * gestione della logistica lungo tutta la filiera produttiva sia in consegna che in ritiro (consegna kit sterili, ritiro materiale utilizzato);
- * attività di interfaccia con il sistema informatico del cliente per l'associazione dei kit utilizzati alla cartella del paziente.

info@lidiservice.it
www.lidiservice.com

DISINFEZIONE SENZA RISCHI

Dalla Mondial di Padova arriva un formulato innovativo per la disinfezione dello strumentario endoscopico

E' noto che l'utilizzo della glutaraldeide al 2% in soluzione alcalina per la disinfezione di alto livello di strumentario endoscopico richiede da parte del personale sanitario una serie di dispositivi di protezione individuale (DPI), accompagnati da specifiche precauzioni ambientali, a causa delle irritazioni delle mucose respiratorie e a un possibile rischio mutagenico. Tutte le Aziende Sanitarie stanno pertanto inserendo nel prontuario terapeutico ospedaliero nuovi principi attivi in grado di sostituire pienamente la glutaraldeide. Tra questi il più interessante e sicuro è l'acido peracetico. Tra i più recenti formulati in grado di rispondere all'esigenza di fornire all'operatore soluzioni pronte all'uso a base di acido peracetico stabilizzato e tamponato, la Mondial di Padova propone il suo SP3Biflow. Il formulato, che ha la caratteristica di sviluppare il principio attivo partendo da una molecola innovativa e di bassissimo impatto ambientale,



consente agli operatori di manipolare lo strumentario in tutta sicurezza, senza pregiudicare l'alto livello di disinfezione delle superfici interessate, siano esse trattate manualmente o in lavastumenti.

info@mondialprod.it
www.mondialprod.it

LA MICROFIBRA VINCENTE

Per le pulizie in ambito sanitario è importante avere un alleato di sicura affidabilità. Cosmo Fibre fa della qualità dei suoi panni un obiettivo irrinunciabile

Dalla ricerca Cosmo Fibre nasce Turbomop mop in microfibra con sistema innovativo brevettato per la pulizia dei pavimenti. Esso permette una facile manovrabilità e tempi d'esercizio più che dimezzati. Il tempo d'asciugatura è quasi istantaneo, solo le fibre vengono a contatto con le superfici. Il panno non lascia aloni né pelucchi ed ha una lunghissima durata. E' ideale per parquet, gres



porcellanati, ceramiche, ed altro. Il tessuto in microfibra permette una rimozione di sporco, grasso, unto e contemporaneamente polvere e terriccio del tipo leggero scaricandolo in acqua durante il risciacquo. Può essere usato con candeggina e può essere lavato ad alte temperature. La Cosmo Fibre produce anche mop tradizionali (microfibra) di varie grammature ma anche in questo caso l'assemblaggio è studiato in modo tale che non ci sia strofinio delle pinze con le superfici, che sia veloce a pulire, veloce nell'asciugatura e lentissimo all'usura. Il suo attacco a vite permette l'alloggio ai comuni manici di scopa. Nel carnet dei prodotti si trovano:

- Panni in microfibra di varie tipologie e grammature.
 - Spugna rivestita in microfibra.
 - Panni spugna in microfibra.
 - Panni specifici per vetri ed acciai.
 - Guanti e panni auto in microfibra.
- Qualità e prezzi competitivi.
www.cosmofibre.com
info@cosmofibre.com

*Finalmente la risposta
al rischio biologico*

NAC300SV

*Scientificamente testati
superano la prova
di resistenza*

*al batteriofago
PHIx174*



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

Strada della Marina 1/A
40012 Casola di Sesto (MO) Italy
TEL: 0721 933 964 - FAX: 0721 933 981
E-mail: vacatur@it



BARRIERTECH

Surgical Barrier System



Una soluzione nuova. Dai molti usi

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

Il sistema

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

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

I materiali

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



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

www.serviziospedaliari.it



Sede LEGNA

STABILIMENTO DI FERRARA

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

STABILIMENTO DI CASTELLALTO

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

STABILIMENTO DI LUCCA

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