

L'OSPEDALE

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



Periodico dell'ANMDO
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
MEDICI DIREZIONI OSPEDALIERE



N° 3/05

31° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

STRATEGIE

Outsourcing e core business

IGIENE OSPEDALIERA

Procedure di controllo per il processo di sterilizzazione a vapore ed applicazione di un sistema di rintracciabilità del prodotto come strumenti di assicurazione di qualità

ASSISTENZA ANZIANI

La degenza Post Acuzie, un ponte fra ospedale e territorio

ORGANIZZAZIONE

Extracomunitari: una realtà assistenziale condivisa

GESTIONE

Progetto integrato per il miglioramento dell'accessibilità alla specialistica ambulatoriale: riorganizzazione della rete di erogazione e governo dell'equilibrio domanda/offerta

LINEE GUIDA

Provvedimenti profilattici da effettuare in caso di paziente affetto da tubercolosi

ORIZZONTI

31° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.

Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere

LA DIREZIONE DELL'OSPEDALE COMPETENZA E PROFESSIONALITA'



VILLA FIORITA
Monastier di Treviso
22-23-24 Settembre 2005

Treviso - Villa Fiorita

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



REALIZZAZIONE METODI E SISTEMI DI GESTIONE PER SERVIZI DI PULIZIA E SANIFICAZIONE PROFESSIONALE

Kiter Educational Department ha messo a punto una serie di Sistemi e Metodi in grado di valutare e gestire la pulizia degli ambienti in modo semplice ed efficace. I Sistemi Professionali Estimare pianificano professionalmente l'attività di pulizia ottimizzando il rapporto costi/qualità del servizio/profitti.

Essi comprendono una formazione specifica per gli operatori altamente professionali, efficace e rapida.

- *Servizi di Supporto Tecnico per Appalti di Pulizia*
- *Formazione per Responsabili Tecnici, Operatori e Manager*
- *Ottimizzazione delle Risorse Tecniche, Umane e Economiche*
- *Sistemi di gestione EPS*

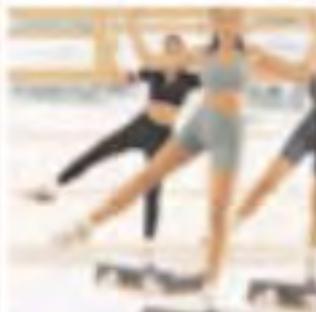
I Sistemi professionali Estimare si basano su nuovi concetti di servizio che industrializzano i processi di produzione.

KITER
Prodotti chimici specialistici
per pulizie professionali

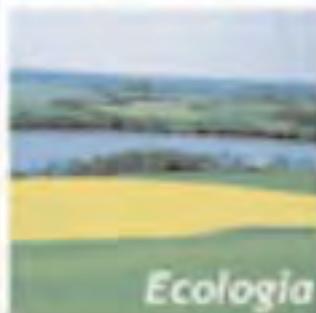


KITER EDUCATIONAL

0:00-24:00 Anytime Anywhere



Soluzioni Ecolab
sicurezza a 360°



Ecologia



Programma
Action Plus



La scelta accurata delle materie prime e lo sviluppo di soluzioni innovative garantiscono prodotti sicuri, a basso impatto ambientale e semplici nell'utilizzo.

La differenza Ecolab!

Hygiene Safety

Safety

Centro Direzionale Colonnati
Via Paracelso, 4
20041 Agrate Brianza (MI)
Tel.: 039.6050.1
Fax 039.6050.555
www.ecolab.com

ECOLAB

worldwide innovator in hygiene solutions



SOMMARIO

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz - Anno 58 - Numero 3 Luglio-Settembre 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

G. Finzi, K. Kob, G. Materazzo, A. Rampa, G. Pelissero, M. Secolo, G.A. Tos, U.L. Aparo, A. Aparo, N. Manoni, T. Campione, E. Rocchi, R. Lugli, L. Marri, A. Callegaro, A. Scacchetti, G. Casalgrandi, G. Pieroni, A.M. Livolsi, C. Russo, M. Borrelli, C. Oliviero, R. Massa, E. Zelaschi, M. Uberti, L. Angelone, C. Del Giudice, A. Marcolongo, P. Cugini, E. Callea, R. Masina

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: 5.500 copie

ASSOCIATO A:

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



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



in copertina
31° Congresso Nazionale
ANMDO

EDITORIALE

5

31° CONGRESSO NAZIONALE ANMDO

6

STRATEGIE

Outsourcing e core business

44

IGIENE OSPEDALIERA

Procedure di controllo per il processo di sterilizzazione a vapore ed applicazione di un sistema di rintracciabilità del prodotto come strumenti di assicurazione di qualità

52

ASSISTENZA ANZIANI

La degenza Post Acuzie, un ponte fra ospedale e territorio

58

ORGANIZZAZIONE

Extracomunitari: una realtà assistenziale condivisa

68

GESTIONE

Progetto integrato per il miglioramento dell'accessibilità alla specialistica ambulatoriale: riorganizzazione della rete di erogazione e governo dell'equilibrio domanda/offerta

76

LINEE GUIDA

Provvedimenti profilattici da effettuare in caso di paziente affetto da tubercolosi

86

RUBRICHE

ORIZZONTI

92

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[®]
a Johnson & Johnson company

Competenza e professionalità per organizzare l'Ospedale

L'Ospedale, coerentemente con i nuovi orientamenti dell'assistenza sanitaria dei Paesi industrializzati dell'Unione Europea, deve garantire prestazioni sanitarie ad elevato livello tecnologico e fornire risposte tempestive, qualitativamente adeguate ed appropriate in termini di qualità e sicurezza.

Le principali caratteristiche della sanità, in continua e rapida evoluzione, sono: miglioramento continuo della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie; umanizzazione dell'assistenza; razionale utilizzo delle risorse umane, strutturali e tecnologiche; sviluppo delle attività di ricerca, studio e formazione; definizione di percorsi diagnostico-terapeutici; sviluppo di modelli organizzativi innovativi; creazione di reti assistenziali.

Dall'inizio degli anni '90, molti responsabili della sanità hanno provveduto a riorganizzare la rete ospedaliera, realizzando strutture appropriate per l'assistenza ospedaliera di base, per l'emergenza sanitaria, creando e/o potenziando, al contempo, centri di riferimento e di eccellenza per la diagnosi e cura di patologie di particolare complessità, a valenza regionale, interregionale e transfrontaliera.

La sanità della prima decade del terzo millennio esige, pertanto, professionalità e competenza (sia in termini di capacità tecnico-professionale, che manageriale e di relazione), massima cura del rapporto umano (sottolineando la "centralità del malato" e la sua dignità come persona), appropriatezza delle prestazioni sanitarie, qualità e sicurezza, attenzione alle innovazioni tecnologiche, flessibilità nell'adeguamento alle nuove forme organizzative e gestionali, organizzazione per processi e non tanto per funzioni, attenzione alle esigenze igienistiche ed alla tutela ambientale, accoglienza, efficienza ed economicità, accessibilità universale al servizio sanitario, e non per ultimo, una grande attenzione alla gestione ed allo sviluppo delle risorse umane.

L'A.N.M.D.O. è consapevole che l'Ospedale esige la presenza di una forte Direzione Sanitaria, rappresentata da medici dotati di un elevato grado di professionalità e competenza per affrontare i numerosi compiti organizzativi, gestionali, igienistici, ambientali, medico-legali, di promozione della qualità tecnica ed organizzativa, ed, infine, di motivazione e sviluppo delle risorse umane.

Sui soprammenzionati aspetti è focalizzato il 31° Congresso Nazionale A.N.M.D.O., che avrà luogo a Villa Fiorita, Monastier di Treviso nei giorni 22-24 settembre 2005.

L'obiettivo principale di tale importante manifestazione scientifica è l'analisi dei compiti del Direttore Sanitario Aziendale e del Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero, delle interrelazioni esistenti fra detti dirigenti tra di loro e con tutte le altre figure dirigenziali ospedaliere. In sessioni parallele, saranno trattate specifiche tematiche igienistiche, medico-legali, organizzative e gestionali. L'ultima giornata del Congresso verterà sullo stato attuale dell'integrazione ospedale-territorio, ponendo l'accento sull'organizzazione per percorsi assistenziali nell'ospedale e nel territorio, dall'assistenza tradizionale ai percorsi di continuità.

La Segreteria scientifica

*Karl Kob, Ugo Luigi Aparo, Cesare Catananti, Carmelo Del Giudice,
Adriano Marcolongo, Gabriele Pelissero
Il Presidente Nazionale
Gianfranco Finzi*

Relazione del Presidente Nazionale ANMDO

Gianfranco Finzi

Vorrei innanzitutto ringraziare sentitamente la senatrice Avvocato Maria Elisabetta Alberti Casellati, Sottosegretario di Stato, per aver aderito all'invito di inaugurare il nostro congresso, il Dott. Mario Secolo e tutto il Direttivo della sezione regionale veneta per l'impegno profuso per la realizzazione del congresso stesso. Come è ormai tradizione doverosa, ritengo opportuno dare l'avvio al 31° Congresso Nazionale della nostra associazione, relazionando sullo stato dell'associazione, con le attività e le iniziative in programma, tracciando l'orientamento futuro dell'ANMDO, come portavoce di professionisti che si muovono in un contesto sanitario in continua evoluzione.

La continua e cresciuta adesione alla nostra Associazione, registrata già dai primi 9 mesi del 2005, conferma un positivo trend di crescita, si è passati infatti dai 739 iscritti del 2003, a 910 al momento attuale (23%).

La crescita dell'Associazione trova spiegazione nelle finalità sindacali e scientifiche e nei valori che la contraddistinguono: la continua ricerca dello stimolo intellettuale e dell'innovazione dei modelli organizzativi proposti, punti di riferimento che devono essere continuamente sostenuti dalla rete delle relazioni, dal dialogo aperto tra tutti gli iscritti e dalla comunicazione efficiente ed efficace delle iniziative presentate.

Tutto questo consentirà sempre più nel tempo all'Associazione e, at-

traverso l'Associazione ai suoi iscritti, di dirigere gli eventi e presentarsi con maggiore forza come punto di riferimento ai suoi membri. La competenza professionale e la visibilità nazionale ed in futuro nell'ambito europeo, sono i punti di forza dell'A.N.M.D.O. che devono essere continuamente espressi e ribaditi attraverso la declinazione di obiettivi pluriennali ed annuali che rafforzino l'identità, il senso di appartenenza, la rappresentatività e la tutela della professionalità.

ATTIVITÀ SINDACALE

Come è noto il compito della segreteria sindacale dell'ANMDO, coordinata dal Dott. Alessandro Rampa è difendere e tutelare gli interessi dei Colleghi Medici di Direzione Sanitaria che operano a livello di dipendenza pubblica e privata e, come meno noto, supportare la posizione giuridica ed economica dei Colleghi che hanno lasciato la dipendenza pubblica e privata per adire ad incarichi fiduciari di Direttore Generale e Direttore Sanitario Aziendale.

Nell'anno 2004-2005 la Segreteria Sindacale ha lavorato per consolidare la propria base organizzativa anche in parallelo a quella della Fesmed (Federazione di Sindacati Medici), di cui fa parte sia a livello nazionale che locale.

Nel gennaio 2005 si è tenuta a Rimini una "due giorni di formazione" dei rappresentanti sindacali regionali, alla quale hanno partecipato come docenti i nostri colleghi Carbone di Roma e Fontana di Milano,

dando un prezioso contributo di competenze ed esperienze personali, che l'associazione ringrazia per il tempo dedicato.

Nell'aprile scorso è avvenuta la sigla del Contratto Nazionale dei Medici, che ha visto la partecipazione costante e attiva dei nostri rappresentanti Rampa, Carbone e Schirripa al tavolo delle trattative. E' stato grazie anche al loro contributo che si è addivenuti ad un accordo con spunti economici e normativi più che interessanti. Recente è l'approvazione dello stesso da parte del Consiglio dei Ministri, primo passo verso la completa ratifica definitiva, prevista per il prossimo autunno.

In questo anno sindacale, limitata è stata l'attività (per quanto riguarda l'aspetto economico) a favore dei nostri Colleghi Direttori Sanitari d'Azienda, in quanto questo aspetto si potrà e si dovrà espletare attraverso la realizzazione del nuovo DPCM a sostituzione del 319 del Maggio 2001, che porterà incrementi economici in linea e a seguito di quelli ottenuti nella trattativa per la dipendenza Medica nei due bienni, uno solo dei quali sin ora concordato e sottoscritto.

L'attività sindacale per l'anno 2005-2006, dovrà veder consolidare a livello locale la nostra presenza attiva e rappresentativa sia come rappresentanti ufficiali Fesmed sia come ANMDO, mantenendo il ruolo istituzionale che è e resta prioritario.

Il 2006 porterà l'applicazione del contratto appena sottoscritto nel 2005 per il primo biennio e la negoziazione per la parte economica del secondo biennio che ci vedrà attivi, partecipi, propositivi, impegnati, ergo protagonisti.

Al fine di mantenere gli impegni so-

praccitati assieme ai Colleghi del Direttivo Nazionale e della Segreteria Sindacale Nazionale sarà stilato un programma operativo per un comune percorso di informazione-formazione.

Credo proprio che se tutto ciò si realizzerà entro l'estate prossima, saremo in molti ad essere in grado di conoscere ed utilizzare il Nuovo Contratto nelle sedi periferiche di contrattazione, che nel tempo stanno assumendo e assumeranno un ruolo sempre più rilevante.

Per quanto invece riguarda "la promozione" dei Colleghi Direttori Generali e Sanitari d'Azienda non appena sottoscritto l'accordo per la parte economica del II° Biennio della "Dipendenza Medica del SSN", ci attiveremo di concerto con gli organismi che a vario titolo rappresentano i Direttori Generali ed i Direttori Amministrativi, affinché venga approntato al più presto un nuovo DPCM che sostituisca il 319 del Maggio 2001 e che contempli un riadeguamento economico per l'Alta Direzione che tenga conto degli incrementi maturati nel frattempo per la Dirigenza del SSN.

La strategia ricalcherà esattamente, sperando in buoni risultati in tempi brevi, quella per la preparazione e l'emanazione del già citato DPCM 319 del 2001.

ATTIVITÀ ISTITUZIONALE

Forte e deciso è stato il lavoro di tutto il Direttivo Nazionale e della Presidenza per la difesa nella normativa della figura del Direttore Sanitario Aziendale, che per la prima volta nella storia della sanità italiana, metteva in discussione i ruoli e le funzioni del Direttore Sanitario. Nel ricordare le numerose iniziative ed azioni intraprese dalla nostra associazione riporto la Memoria dell'ANMDO presentata all'audizione informale del 19 Aprile 2005 presso la Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati:

"L'art. 1 del Disegno di Legge n. 5107 e delle Proposte di legge 4079, 4249, 4550 e 5391 "Principi fon-

damentali in materia di Servizio Sanitario Nazionale" attribuisce nelle aziende ospedaliere e nei presidi ospedalieri in cui insistono le strutture o i 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.

A tale riguardo riteniamo di dover precisare che tali funzioni vengono già svolte dal Direttore Sanitario Aziendale, quale responsabile del governo clinico, inteso come unione di quattro dimensioni fondamentali della qualità (qualità professionale, qualità percepita, efficienza e risk management), nonché dal Direttore Sanitario di Ospedale (Direttore Medico di Presidio Ospedaliero), a cui spetta la funzione di individuare i settori assistenziali più critici nell'ospedale per esiti, per variabilità professionale, per percorso assistenziale e per costi, oltre a coordinare le strutture dipartimentali e gestire in necessari gruppi di lavoro per la definizione di linee guida aziendali e di percorsi assistenziali.

Informiamo, altresì, che un gruppo di lavoro ANMDO, coordinato dal proprio Segretario generale Scientifico, ha elaborato un circostanziato documento, in cui sono definite le principali competenze e funzioni del Direttore Sanitario Aziendale, che opera prevalentemente in ambito strategico, nonché del Direttore Medico di Presidio Ospedaliero, preposto soprattutto agli aspetti operativi in ambito ospedaliero. Tale documento è stato pubblicato sulla rivista associativa "L'OSPEDALE", trovando in seguito riscontro in atti aziendali approvati dai governi regionali.

Qualora venga ravvisata l'esigenza di prevedere un medico clinico addetto ad attività di governo clinico a valenza aziendale, i suoi compiti dovranno essere completamente

diversi da quelli attribuiti al Direttore Sanitario di azienda che nell'ambito della "Governance" è il direttore responsabile della produzione e da quelli attribuiti al Direttore Sanitario di presidio ospedaliero, responsabile delle funzioni gestionali igienico-organizzative e medico-legali.

L'Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (A.N.M.D.O.) ritiene pertanto che sia di prioritario interesse del Servizio Sanitario Nazionale e in particolare dell'efficace ed efficiente conduzione delle aziende sanitarie e ospedaliere l'esistenza nei livelli direzionali delle stesse di figure mediche, con professionalità organizzative ai quali affidare compiti di governo delle componenti sanitarie del sistema operativo riservando invece ai clinici l'esercizio di tutte le attività professionali specifiche della funzione assegnata.

A tale proposito l'Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (A.N.M.D.O.) ricorda che, da decenni, l'assetto organizzativo delle strutture sanitarie e ospedaliere italiane è conforme a tali principi, e che attualmente sono presenti e operanti in tutte le Aziende Sanitarie e Ospedaliere del Paese Direttori Sanitari Aziendali e Direttori di Presidio che svolgono, con professionalità e autorevolezza universalmente riconosciute, le funzioni di governo aziendale loro affidate.

L'Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (A.N.M.D.O.) richiede pertanto che tale concetto sia ribadito nel disegno di legge n. 5107 e delle Proposte di legge 4079, 4249, 4550 e 5391 "Principi fondamentali in materia di Servizio Sanitario Nazionale".

Ed inoltre richiede, che venga dichiarato con estrema chiarezza che i requisiti del Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero devono rispettare quando previsto dal DPR 484/97.

Per concludere, considerando che "Governance" significa sostanzial-

mente che le persone giuste ricoprono i ruoli giusti, l'Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (A.N.M.D.O.) richiede che vengano individuati per tutte le figure della "Governance" (Direttore Generale, Direttore Sanitario di Azienda, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero, Coordinatore Clinico Aziendale o di Presidio, Direttore di Dipartimento, Direttore dei Servizi Informatici e tecnici) precisi requisiti professionali (come ad esempio la specialità in igiene e medicina preventiva per il Direttore Sanitario Aziendale) e percorsi formativi indispensabili per garantire che ruoli chiave del Servizio Sanitario Nazionale vengano ricoperti da persone che possiedono le competenze indispensabili, per esercitare nell'interesse dei cittadini, le proprie funzioni".

Credo sia motivo di grande soddisfazione per molti iscritti, per il Direttivo e per me poter oggi affermare che grazie al lavoro di tutti, le ventilate ipotesi di ridimensionamento/abolizione della figura del Direttore Sanitario Aziendale siano state superate, con la scomparsa della discussa figura del Coordinatore Clinico Aziendale" così come si può leggere nel nuovo testo unificato, predisposto dal relatore il 26 luglio 2005 e adottato dalla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati come testo base del Disegno di Legge n. 5107 e delle Proposte di legge 4079, 4249, 4550 e 5391 "Principi fondamentali in materia di Servizio Sanitario Nazionale".

Pertanto il congresso di Monastier di Treviso in una fase di forte recupero della nostra identità professionale vuole riproporre anche con tono provocatorio interrogativi quali: chi è il Direttore sanitario? Quale è il suo ruolo? Questo congresso sarà dunque un'occasione per riesaminare le radici della nostra professione, l'evoluzione normativa che ha coinvolto il nostro campo, ma sarà soprattutto un modo per riconfermare la nostra attuale

caratteristica professionale, uno stimolo di confronto tra le diverse realtà presenti in ambito nazionale ed uno spunto di riflessione sulla rotta in cui si muoverà in futuro la nostra professione.

Il Direttivo Nazionale, al fine di stimolare all'interno dell'Associazione un costruttivo dibattito che porti all'approvazione di un documento da presentare in breve tempo nelle opportune sedi istituzionali e politiche, ha in corso di avanzata elaborazione un documento che riaffermi che la Direzione Sanitaria, sia di Azienda che di Ospedale non possa essere affidata a professionisti che non abbiano specifica professionalità. L'ANMDO ravvede inoltre la necessità di aprire nel campo dei servizi in gestione esterna una discussione produttiva che porti in breve tempo alla formulazione di una proposta condivisa, da presentarsi in sede istituzionale, che preveda l'istituzione obbligatoria nelle società di servizi che operano in campo sanitario e che erogano servizi essenziali in cui preminente è la componente tecnica igienistica di un responsabile medico, specialista in Igiene e con almeno una esperienza di 5 anni.

Questo per riequilibrare il livello di competenze e responsabilità tra pubblico e privato, anche in previsione dell'applicazione della direttiva 2004/18/CE del Parlamento Europeo del Consiglio del 31 Marzo 2004, relativa al coordinamento delle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di lavoro, di forniture e di servizi, pubblicata nella G.U.U.E. del 30 aprile 2004 ed entrerà in vigore il 1° Maggio 2004.

CERTIFICAZIONE DI QUALITÀ

Uno degli impegni del Direttivo Nazionale dell'A.N.M.D.O. che ha pianificato e attivato nel 2005 è il percorso di sviluppo del Sistema di Gestione per la Qualità di ANMDO e la sua certificazione.

Nello sviluppo del progetto coor-

dinato dal Direttivo Nazionale, che ha nominato la Dott.ssa A. M. Mucci Responsabile della qualità dell'Associazione, sono stati utilizzati i requisiti riconosciuti a livello internazionale (ISO 9001:2000 e linee guida collegate).

Le tappe del progetto previste sono:

1. Fase di sviluppo
 - Momenti di raccolta delle informazioni
 - Elaborazione della proposta applicativa
 - Validazione
 - Applicazione
2. fase di consolidamento
 - affiancamento durante l'applicazione
3. fase di miglioramento
 - audit focalizzati sul miglioramento.

La durata complessiva del progetto è triennale. L'ottenimento della certificazione è prevista entro il Dicembre 2005. Negli anni successivi termineranno le fasi di consolidamento e mantenimento.

A tal fine sono già in fase di approvazione da parte del Direttivo Nazionale i seguenti documenti:

1. Le linee di sviluppo per il 2005
2. Il Documento di Responsabilità e autorità
3. Il Documento di Pianificazione Strategica
4. L'Istruzione operativa del Bilancio
5. La Procedura di Comunicazione ed Informazione
6. La Procedura di Consulenza Specialistica
7. La Procedura di gestione della Formazione - Aggiornamento
8. La Procedura di gestione della Tutela Sindacale

La Commissione per la revisione dello Statuto ha finito il proprio mandato, in un contesto politico-normativo in rapida e convulsa evoluzione. Le conclusioni della stessa

saranno tenute in debita considerazione.

E' stato dato incarico al Prof. Francesco Longanella di esaminare la bozza dello statuto presentata e di portare le debite conclusioni al Direttivo Nazionale.

L'ATTIVITÀ SCIENTIFICA

Per i prossimi 2 anni si intende promuovere ancora di più per mezzo di corsi di perfezionamento, corsi di formazione manageriale, viaggi, convegni di studio, congressi e seminari, la migliore formazione tecnica e professionale dei Medici di Direzione Sanitaria nell'ottica dell'ECM, anche in collaborazione con altre associazioni scientifiche del settore come la SITI, l'Associazione "Mario Zanetti", l'Accademia Nazionale di Medicina.

A questo proposito riporto il protocollo di accordo tra l'ANMDO (Associazione Nazionale dei Medici di Direzione Ospedaliera) e la SITI (Società Italiana di Igiene), approvato a Riccione il 3 maggio 2005:

"L'attuale situazione sia nazionale che regionale comporta la necessità e l'urgenza che l'ANMDO e la SITI, di comune accordo, procedano nella individuazione delle problematiche di maggiore rilevanza e di più urgente priorità al fine di elaborare proposte di soluzione sia a livello nazionale che regionale.

Si tratta di problemi di ordine istituzionale ma anche di problemi organizzativi, specie a livello regionale, per i quali, come peraltro per gli aspetti istituzionali, l'ANMDO e la SITI devono procedere insieme, per ottenere risultati più favorevoli sia dal punto di vista professionale che strategico.

Per un'azione sinergica l'ANMDO e la SITI, nel rispetto dei contenuti dei propri statuti e indirizzi societari, si impegnano a concordare prioritariamente i programmi annuali e poliennali per i convegni, le conferenze e i congressi di interesse comune al fine di favorire la partecipazione quali-quantitativa dei propri iscritti, che in buona par-

te appartengono a tutte e due le organizzazioni.

A tale scopo si ritiene di procedere ad una verifica degli iscritti sia all'ANMDO che alla SITI. Si ritiene inoltre di procedere ad un ampio scambio di informazioni sullo stato delle ricerche e degli studi realizzati o in fase di svolgimento sui temi di maggior importanza per favorire l'opera di "consulenza" che l'ANMDO e la SITI, tramite i propri organismi e colleghi, possono offrire ai propri iscritti o anche a terzi. Particolare attenzione dovrà essere data allo sviluppo dei rapporti internazionali specie per i paesi dell'Unione Europea.

L'ANMDO e la SITI intendono collaborare con i competenti Ministeri, in particolare il Ministero della Salute, il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR), il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, per migliorare la formazione dei laureati, comprese le lauree delle professioni sanitarie, ma anche degli specialisti specie di quelli che dovranno assumere la direzione tecnico-sanitaria ed organizzativa di strutture delle istituzioni sanitarie, pubbliche e private, specie delle aziende sanitarie (direzioni strategiche, dipartimenti, presidi, distretti, servizi e unità operative). Analogo impegno dovrà essere sviluppato nei contatti e nelle collaborazioni con le Regioni, specie per l'organizzazione e per l'attuazione dei programmi ECM, tenuto conto che sia l'ANMDO che la SITI hanno i requisiti per la certificazione di qualità per la formazione e l'aggiornamento professionale e possono svolgere compiti di provider.

La complessità dei problemi e la estrema importanza e delicatezza del momento comportano l'evidente necessità di mettere insieme tutte le competenze e le esperienze che sicuramente non mancano sia nell'ANMDO che nella SITI al fine di immettere maggiore qualità nel Servizio Sanitario e per una reale promozione della salute dei cittadini.

I Presidenti pro-tempore dell'ANMDO e della SITI saranno i garanti dell'attuazione del presente accordo". L'attività scientifica nazionale coordinata dal Dr. Karl Kob, è stata ricca di avvenimenti, così come quella di alcune sezioni regionali tra cui il Veneto, l'Umbria, l'Emilia Romagna, la Lombardia, la Sicilia, la Campania, la Liguria.

Ricordo alcuni corsi e congressi organizzati da ANMDO a livello Interregionale e Nazionale nel 2005:

- 15 e 16 Aprile; Città di Castello (PG), Teatro degli Illuminati; Congresso Interregionale ANMDO Umbria: "Direzione Sanitaria e Governo Clinico: Governo del rischio e valutazione degli esiti di salute"
- 29 Aprile; Bologna; 1° Giornata di studio: Qualità delle acque nelle strutture sanitarie; "Non solo legionella: qualità dell'acqua, prevenzione e protezione nelle strutture sanitarie";
- 17 e 18 Giugno; Napoli; "Governo della Sanità e Federalismo le nuove strategie Vaccinali";
- 24 e 25 Giugno; Alghero(SS); Convegno regionale ANMDO Sardegna; "Le infezioni Ospedaliere: Strategie e Obiettivi".

Per il 2006 il Direttivo Nazionale ha già pianificato una serie di momenti formativi:

- Febbraio - Aprile; "Corso di formazione per addetti ai servizi di sterilizzazione"
- 7 - 8 Aprile; Città di Castello
- 28 - 29 Aprile; Sorrento
- 25 - 26 Maggio; Riccione
- 21-22-23 Settembre; Lecce, 32° Congresso Nazionale ANMDO.

Nel 2005 la nostra Associazione è stata coinvolta dall'Istituto Superiore della Sanità nella elaborazione di un questionario per la compilazione di una guida informativa per i malati di cancro e i loro familiari in formato cartaceo e telematico.

E' stata una componente di progetto affidata dal Ministero della

Salute ad AIMAC per la preparazione e divulgazione dell'Oncoguìda, rivolta a pazienti malati di cancro e loro familiari.

Inoltre la nostra Associazione partecipa a gruppi di lavoro nazionali sulle seguenti tematiche:

- Qualità delle acque in ospedale
- Progetto di ricerca per il capitolato tipo di igiene ambientale in sanità
- Progetto di accreditamento volontario delle centrali di sterilizzazione.

Tali progetti porteranno in breve tempo alla preparazione di Linee Guida.

La rivista trimestrale L'“Ospedale” la cui direzione è della Presidenza ha mantenuto la tiratura di 5.500 copie.

Altro obiettivo del Direttivo Nazionale è di consentire la pubblicazione dei lavori inviati dai soci A.N.M.D.O. entro 3 mesi dal ricevimento in redazione del loro materiale.

Il periodico bimestrale “A.N.M.D.O. News” curato dalla Presidenza e dalla Segreteria Sindacale, continua ad essere una valida fonte di comunicazione con i soci. Nel 2005 sono già stati pubblicati 4 numeri. Il sito internet www.ANMDO.org dell'associazione, coordinato dal Prof. E. Sesti si è aggiornato nella sua veste di presentazione e continua ad essere uno strumento fondamentale di informazione. Il Direttivo Nazionale auspica fortemente che tutte le sezioni regionali si dotino in breve tempo di un proprio sito on line con quello nazionale.

Dal gennaio 2006 sarà attivata una:

“News Letter”, quindicinale che vuole essere un ulteriore strumento di comunicazione con i soci.

Come Presidente mi impegno per il 2006 ad incentivare l'attività sindacale e culturale dell'Associazione, continuando gli incontri, già iniziati, con i presidenti delle sezioni regionali, al fine di cogliere le esigenze e le necessità emergenti in tutto il territorio.

E concludo, con un particolare ringraziamento al tesoriere dell'associazione Dott. Nardi per il suo continuo e preciso lavoro e con un sentito ringraziamento a tutti i membri del Direttivo che con il loro impegno organizzativo e propositivo hanno contribuito attivamente alla crescita dell'ANMDO.



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

Sistema combinato per lo smaltimento dei rifiuti biologici

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

distribuzione esclusiva per l'Italia **bi-medica**
 Via Italia, 197 • 20040 Busnago (MI) • Tel. 0396956052 • Fax 02700502651 • e-mail: bimedica@bimedica.it

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 attrezzati
- virucida
- battericida
- fungicida
- MDA-100
- 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 costo 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

UN MONDO DI SOLUZIONI A PORTATA DI MANO...

PULIZIE CIVILI ED
INDUSTRIALI

PULIZIE E SANIFICAZIONI
OSPEDALIERE

MANUTENZIONI TECNICHE
E PULIZIE CRIOGENICHE

HANDLING

GESTIONE RIFIUTI
ED AREE VERDI

SERVIZI ALBERGHIERI

FACILITY MANAGEMENT

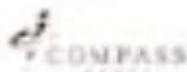


Partner insostituibile per un successo sicuro e personalizzato, Palmar è sinonimo di professionalità. Nata per soddisfare le più varie ed esigenti richieste del mercato dei servizi aziendali, ambientali ed alla persona, opera con successo anche nel facility management.

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.

SIBICERT [CERTO] [CERTO]
CONFORME
AL D.L. 46/2001

PALMAR S.p.A. Sede Centrale Via Parola, 102/A - 10090 CASONE VICA RIVOLI (Torino)
Tel. +39 011 5327800 - Fax +39 011 9571817 - E-mail info@palmar.net - www.palmar.net
Ufficio Centro Fiera Lingotto - Via Nizza, 294 - 10128 Torino - Tel. +39 011 6644264 - Fax +39 011 6434547
Ufficio di Linate - Via Bergamo, 29 - 20020 Linate (MI) - Tel. +39 02 93309811 - Fax +39 02 93309800
Ufficio di Caserta - Via Cassino Sud, 12a - 80030 Casertelle (NA)
Tel. +39 0776 29349-403400 - Fax +39 0776 403466-29348



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



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

Al servizio di una professione e 100
professionisti per il settore sanitario.

ZACCARIA BARRIER SYSTEM

INDICAZIONE E SICUREZZA IN SALA OPERATORIA

La Zaccaria ha progettato e realizzato un sistema dedicato alla gestione di prodotti confezionati con tessuti tecnici INTRUSTEK, dedicati alla sala operatoria. Le ZACCARIA BARRIER SYSTEM. Obiettivo primario è quello di coniugare elevato standard di sicurezza e comfort, grazie alla riduzione della durata degli interventi chirurgici da 20% e un sistema sanitario in continuo sviluppo e aggiornamento in grado di rispondere, mediante la specializzazione di una struttura dedicata, le esigenze del team operatorio e di rispondere alle problematiche che si insorgono durante l'intervento chirurgico.

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

L'organizzazione dell'Ospedale: ruolo del Direttore Sanitario Aziendale

Riassunto

L'Autore esamina i compiti e le attribuzioni del Direttore Sanitario Aziendale e le interrelazioni esistenti con il Direttore Medico di Presidio e gli altri livelli decisionali dell'Azienda Sanitaria. In tale contesto analizza la più recente legislazione con particolare riferimento alle proposte di legge riguardanti le nuove disposizioni in materia di organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Summary

The author shows roles and assignments of the In-plant Sanitarian Director and the existing interrelationships with the Hospital Medical Director and the others In-plant decisional levels. In this context he analyzes the most recent legislation, particularly referring to bills concerning new dispositions regarding the organization of the National Health Service.

G. Matarazzo

Direttore Sanitario Aziendale A.O. Antonio Cardarelli, Napoli

L'argomento "ruolo del Direttore Sanitario d'Azienda" mi dà la possibilità di parlare dei compiti, delle funzioni e delle competenze del Direttore Sanitario Aziendale collegata anche alla attenzione che negli ultimi tempi sembra interessare tale figura professionale.

Non è il caso, per brevità, di fare l'exkursus della istituzione della Direzione Sanitaria e della figura del Direttore Sanitario che si fa risalire agli anni '20; quella del Direttore Sanitario Aziendale è stata prevista con l'istituzione dell'Azienda Sanitaria e quindi con il D. Lgs. 502/92, che caratterizza, tuttora, l'attuale organizzazione della Sanità in Italia, ove all'art. 3 del D. Lgs. 502 "Organizzazione delle Unità Sanitarie Locali" è riportato:

"Il Direttore Generale è coadiuvato dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo e dal Consiglio dei Sanitari, nonché dal Coordinatore dei servizi sociali";

ed il comma 7 stabilisce che:

"Il Direttore Sanitario è un medico

in possesso dell'idoneità nazionale che abbia svolto per almeno 5 anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Il Direttore Sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza".

La mancata specificazione in maniera analitica e dettagliata dei compiti e delle competenze del Direttore Sanitario Aziendale, anche nei confronti degli altri livelli decisionali delle AUSL o AO, pose alla nostra Associazione (ANMDO) l'esigenza di definire le competenze del Direttore Sanitario d'Azienda e del Direttore Medico di Presidio, in un periodo in cui era ben evidente, almeno in alcune regioni, l'individuazione del Direttore Sanitario Aziendale come proveniente dalla carriera igienistica.

A tal proposito, nel dicembre '95, il Consiglio Direttivo dell'ANMDO sotto la presidenza del Prof. L. Renzulli

li elaborò un apposito documento, alla cui stesura parteciparono i colleghi del Direttivo Nazionale, relativo alla definizione delle competenze del Direttore Sanitario di Azienda e del Direttore Medico di presidio ospedaliero di cui, per brevità, si riporta uno stralcio riguardante i compiti e le attribuzioni del D.S.A.

ATTRIBUZIONI DEL DIRETTORE SANITARIO DI AZIENDA

1. partecipa all'identificazione della domanda di assistenza sanitaria e dei bisogni dell'utenza e fornisce parere obbligatorio in merito alla programmazione sanitaria aziendale;
2. propone gli atti di programmazione sanitaria aziendale;
3. propone gli atti regolamentari a valenza aziendale in materia sanitaria (dipartimenti, comitato etico, comitato per il buon uso del sangue, gestione rifiuti sanitari, libera professione, ecc.);
4. propone l'istituzione, la modifica e la soppressione delle articolazioni sanitarie dell'Azienda;
5. dirige i servizi sanitari dell'Azienda (ospedali, dipartimento di prevenzione, distretti e/o altre articolazioni previste dalla normativa delle regioni e delle



PAROLE CHIAVE: direttore sanitario aziendale, direttore medico di presidio, coordinatore clinico, organizzazione sanitaria S.S.N.

KEY WORDS: in-plant sanitarian director, hospital medical director, clinical coordinator, national health service organization

province autonome) ai fini organizzativi ed igienico-sanitari svolgendo attività di indirizzo, coordinamento, supporto e verifica nei confronti dei rispettivi responsabili e promuovendo l'integrazione dei servizi stessi;

6. collabora al controllo di gestione dell'Azienda, verifica la qualità dei servizi sanitari e delle prestazioni erogate e pianifica l'allocatione delle risorse umane e tecnico-strumentali nell'ambito dei servizi sanitari, nel rispetto della programmazione sanitaria aziendale;
7. coadiuva il Direttore Generale nel mantenimento dei rapporti con l'Università e nella definizione dei relativi protocolli d'intesa;
8. partecipa al Collegio di Direzione; presiede il Consiglio dei sanitari, le commissioni per il conferimento degli incarichi di dirigente di 2° livello dirigenziale nonché le commissioni per la verifica quinquennale degli stessi;
9. promuove l'attività di formazione, aggiornamento e riqualificazione del personale dei servizi sanitari al fine del perseguimento degli obiettivi aziendali;
10. promuove iniziative di ricerca finalizzata nell'ambito dei servizi sanitari.

Tale documento è stato aggiornato nel 2003 da una apposita commissione presieduta dal collega K. Kob in relazione alle più recenti innovazioni organizzative quali: la clinical governance, la technology medical assessment, evidence based health care (EBHC), il Risk clinical management ed i rapporti tra la Direzione Sanitaria ed i Direttori di Dipartimento. In pratica il Direttore Sanitario d'A-

zienda, nell'ambito delle proprie competenze, oltre a partecipare, coadiuvando il Direttore Generale nell'esercizio delle sue funzioni, alla Direzione Strategica e manageriale; in modo specifico rappresenta il vertice della Direzione dei servizi sanitari che svolge avvalendosi delle "strutture di staff" in un rapporto, come s'è detto, di "direzione" e non in un rapporto operativo di diretto intervento sulle problematiche di gestione.

Di conseguenza la "funzione di direzione" si estrinseca nella formulazione di indirizzi e direttive vincolanti nel contenuto, ma non nei modi, dovendo garantire la competenza professionale dei servizi e la conseguente assunzione di responsabilità.

In buona sostanza il Direttore Sanitario Aziendale è responsabile, ai fini organizzativi della omogenea erogazione delle prestazioni da parte dei servizi sanitari dell'Azienda, nonché del raggiungimento degli obiettivi fissati dal Direttore Generale in sede di programmazione. Molte Regioni negli anni 96 - 98 recepirono con atti deliberativi o con apposite circolari il contenuto integrale del documento ANMDO. Eravamo in una fase in cui le nomine a Direttore Sanitario Aziendale furono quasi esclusivamente orientate ai colleghi di provenienza igienistica in quanto tutelati dal comma 11 dell'art. 17 della 502/92 che così recitava:

"Fino all'espletamento degli esami previsti dal primo bando nazionale di cui al comma 6, sono valide le idoneità conseguite in "Igiene, epidemiologia e sanità pubblica", in "Organizzazione dei servizi sanitari di base" e in "Igiene e organizzazione dei servizi ospedalieri" ai fini del conferimento dell'incarico

di direttore sanitario dell'unità sanitaria locale, e l'idoneità in "Igiene e organizzazione dei servizi ospedalieri" per il conferimento dell'incarico di direttore sanitario dell'azienda ospedaliera".

La situazione si è modificata con il D. PR. N° 484 del 10.12.97.

"Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla Direzione Sanitaria Aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio Sanitario Nazionale".

All'art. 1

"Requisiti per l'accesso all'incarico di Direzione Sanitaria Aziendale.

- L'incarico di Direzione Sanitaria Aziendale è riservato ai medici di qualifica dirigenziale che abbiano svolto per almeno 5 anni qualificata attività di direzione tecnico sanitaria in enti e strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione e che abbiano conseguito l'attestato di formazione manageriale di cui all'art. 7 previsto per l'area di sanità pubblica. Costituisce titolo preferenziale il possesso della specializzazione in una delle discipline dell'area di Sanità Pubblica.

L'articolo, così formulato, si presta a varie interpretazioni definendo la nomina a Direttore Sanitario Aziendale possibile anche per i Dirigenti Medici provenienti dall'area di diagnosi e cura in quanto la specializzazione in una delle discipline dell'area di Sanità Pubblica costituisce solo titolo preferenziale ma non esclusivo.

Non è una questione meramente sindacale ma vanno ancora di più sostenute le ragioni che attengono almeno ai due momenti della formazione e della competenza che costituiscono il vissuto di ogni professionalità.

Formazione e competenza che dobbiamo poter riconoscere ad ogni

specialista nell'ambito della propria specifica professione.

In estrema sintesi, la formazione e le esperienze professionali dei colleghi di diagnosi e cura non possono che essere state orientate nell'ambito della propria disciplina ove hanno avuto la opportunità di farsi conoscere e "valere" professionalmente integrando nel dirigente (attuale direttore di unità operativa a struttura complessa e dirigente di struttura semplice) sia capacità professionali che gestionali nell'ambito del settore di competenza.

Tale considerazione deve valere anche per i colleghi dell'area di Sanità Pubblica che hanno nella Direzione delle Strutture Sanitarie il proprio sviluppo di carriera e che si sono formati nei settori dell'igiene e della organizzazione e con una specifica competenza acquisita quotidianamente sul campo, nei nostri posti di lavoro.

Sulla discussione di recente sviluppata sul ruolo del Direttore Sanitario Aziendale è opportuno fare alcune considerazioni riguardanti il disegno di legge presentato dall'ex Ministro Sirchia ed approvato dal Consiglio dei Ministri nella seduta del 19/12/03 che ha per titolo "Principi fondamentali in materia di servizio sanitario nazionale", di cui l'ANMDO si è ripetutamente occupato.

Tale disegno di legge fu preceduto da un vivace dibattito con il presupposto di emendare, almeno in parte, il decreto Bindi del 1999, di limitare il potere del Direttore Generale e di coinvolgere maggiormente i medici e gli altri dirigenti sanitari nel governo delle attività cliniche e nelle scelte strategiche delle Aziende Sanitarie.

Ma anziché ridurre il potere del Direttore Generale, il disegno di legge finisce per impostare il suo impianto concentrandosi sul ruolo del Direttore Sanitario Aziendale spingendosi fino a considerare superata, in termini ambigui peraltro, la predetta figura.

Il disegno di legge Sirchia non è stato approvato, ma successivamente sono stati presentati vari disegni di legge nella relativa commissione della Camera dei Deputati ancora in fase di discussione e su cui l'ANMDO è intervenuta con proposte di modifiche e di integrazione, evidenziando la necessità di tutela del pubblico interesse nell'amministrazione sanitaria. Il disegno di legge Sirchia introduce la figura del "Coordinatore Clinico Aziendale" e, a tal proposito, vanno effettuate alcune osservazioni.

- ▶ Chi è il "Coordinatore Clinico Aziendale"? E' un medico titolare di Struttura Complessa.
- ▶ Qual è il compito ad esso attribuito? Fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie sanitarie di competenza.
- ▶ Come viene individuato? E' nominato dal Direttore Generale, su proposta dei Dirigenti responsabili di Struttura Complessa.

Né il disegno di legge chiarisce le competenze del Coordinatore Clinico che, per alcuni versi sembrerebbero quelle del Direttore Sanitario Aziendale.

Ma la confusione aumenta quando si legge testualmente che nelle Aziende Ospedaliere al Coordinatore Clinico POSSONO essere attribuite anche tutte le funzioni di

pertinenza del Direttore Sanitario Aziendale con la contestuale soppressione della predetta figura, ove non rimanga titolare della Struttura Complessa, cui è preposto.

Il disposto di legge recita "possono", e non devono, lasciando apertamente intendere che accanto alla figura di nuova introduzione quale quella del Coordinatore Clinico possa coesistere anche quella del Direttore Sanitario Aziendale. E a conferma di ciò è previsto che il Coordinatore Clinico rimane titolare della Struttura Complessa cui è preposto, salvo che allo stesso siano attribuite anche tutte le funzioni di pertinenza del Direttore Sanitario Aziendale.

Da quanto sopra detto non sembra proprio che il disegno di legge "riduca" l'autonomia e le prerogative del Direttore Generale. Tutt'altro!

- ▶ L'impianto legislativo rimane sostanzialmente invariato ove l'unico elemento di novità sembra essere l'introduzione della figura del Coordinatore clinico.
- ▶ Non si fa alcuna menzione sulla nomina del Direttore Amministrativo da parte del Direttore Generale, di natura fiduciaria configurando un percorso diverso per la individuazione del Coordinatore Clinico.
- ▶ E' facoltà delle Regioni confermare la figura del Direttore Sanitario Aziendale evidenziandone comunque la necessità nelle Aziende Sanitarie Locali.
- ▶ Il disegno di legge è carente per quanto attiene i compiti e le funzioni del Coordinatore clinico.

Viene, pertanto, demandato alla normativa regionale la persistenza o meno del Direttore Sanitario Aziendale introducendo una distinzione tra Azienda Sanitaria locale ed Azienda Ospedaliera nella conferma della figura del Direttore Sanitario Aziendale solo per le Aziende Sanitarie Locali.

Se le due figure professionali possono coesistere nell'organigramma dell'Azienda allora la discussione va posta sui differenti com-

L'ANMDO HA PROPOSTO, IN SEDE DI COMMISSIONE PARLAMENTARE, CHE VADANO ELIMINATI DAL DISEGNO DI LEGGE TUTTI I RIFERIMENTI ALLA POSSIBILITÀ DI ATTRIBUIRE NELL'AZIENDA OSPEDALIERA AL COORDINATORE CLINICO AZIENDALE LE FUNZIONI DI PERTINENZA DEL DIRETTORE SANITARIO.

piti e funzioni che queste due figure professionali devono avere, con particolare riferimento alla diversa formazione professionale e competenza del Direttore Sanitario e del Coordinatore Clinico.

Il Direttore Sanitario, di provenienza igienistica, ha una formazione tipicamente improntata, e le attuali scuole di specializzazione si sono uniformate da tempo, su competenze epidemiologiche, organizzative, di legislazione sanitaria, di medicina preventiva, di medicina legale, di programmazione e pianificazione degli interventi sanitari in una parola orientati all'aspetto programmatico e gestionale della Sanità.

Il Coordinatore Clinico è un medico orientato agli aspetti professionali con una formazione specifica nella disciplina e con maggiore difficoltà nell'approccio gestionale, non facilmente recuperabile con la semplice partecipazione a qualche corso di management.

A tal punto si possono ipotizzare le seguenti osservazioni.

Se la legge introdurrà la nuova figura del coordinatore clinico, questa deve coesistere accanto al Direttore Sanitario Aziendale prevedendo gli ambiti di attività distinti con la precisa definizione di compiti e funzioni delle due figure professionali.

Il Direttore Sanitario, nominato dal Direttore Generale a rapporto esclusivo regolato da contratto di diritto privato, deve continuare almeno a mantenere le attuali attribuzioni quali: coadiuvare il Direttore Generale, dirigere tutti i servizi sanitari, fornire parere obbligatorio, sostituire il Direttore Generale in caso di assenza, partecipare alla direzione strategica e manageriale.

Il Coordinatore Clinico, definendo in particolare compiti, ruolo e funzione, potrebbe costituire l'interfaccia tra le istanze e le aspettative dei Comitati di Dipartimento e del Collegio di Direzione nei confronti della Direzione Strategica, senza attenuare il potere del Diret-

tore Generale.

Si possono già delineare alcune funzioni per il Coordinatore Clinico quali quelle di indirizzo e coordinamento nei confronti dei dirigenti responsabili delle Strutture Aziendali ed elaborazione degli indirizzi sanitari sulle strategie assistenziali e sui percorsi diagnostici e terapeutici, la presidenza del Collegio di Direzione, e dei collegi tecnici di verifica dei dirigenti.

L'ANMDO ha proposto, in sede di commissione parlamentare, che vadano eliminati dal disegno di legge tutti i riferimenti alla possibilità di attribuire nell'Azienda Ospedaliera al Coordinatore Clinico Aziendale le funzioni di pertinenza del Direttore Sanitario.

E nella stesura della bozza del testo unificato predisposto dalla Commissione Affari Sociali (19 luglio 2005), non si fa più accenno al Coordinatore Clinico Aziendale; torna in "auge" il Direttore Sanitario e l'attenzione si concentra sul Collegio di Direzione, che diventa organo istituzionale dell'Azienda Sanitaria con una diversa composizione e con nomina elettiva.

CONCLUSIONI

Va sottolineata l'attuale direzione verso il governo clinico come strumento di governo aziendale, nonché il richiamo applicativo di principi e metodi che lo caratterizzano, ricordando che il governo aziendale consiste nella capacità di esprimere una visione di sviluppo, indirizzare l'organizzazione verso obiettivi di salute utilizzando gli strumenti delle risorse umane, tecnologiche, strutturali e finanziarie. A tal proposito l'ANMDO richiede che vadano eliminati dal disegno di legge tutti i riferimenti alla possibilità di attribuire nella Azienda Ospedaliera al Coordinatore Clinico Aziendale le funzioni di pertinenza del Direttore Sanitario Aziendale.

In tale visione del governo clinico la modernizzazione delle competenze del Direttore Sanitario Aziendale e del Direttore Medico di Pre-

sidio costituiscono un'importante evoluzione di ruolo e funzione aziendale di queste figure con la chiara percezione di due livelli di direzione, uno strategico e uno operativo, reciprocamente complementari e interdipendenti.

► Il primo esercita le competenze fondamentali che l'organizzazione sanitaria deve mettere in campo per valorizzare le sue prestazioni e monitorare i cambiamenti attesi, con la formulazione degli obiettivi e della missione aziendale che modella l'organizzazione, creando un ambiente adeguato di conoscenze e formazione adatto a cambiare e contribuire al miglioramento delle prestazioni; relazionarsi con l'esterno per identificare opportunità emergenti, in un mercato in competizione.

► Il management di servizio o gestione operativa include compiti base che l'organizzazione deve compiere per realizzare la sua missione, attraverso cui si manifesta l'implementazione delle sue strategie ed il raggiungimento degli obiettivi assegnati. Compiti che sono allocazione e controllo dell'impiego di risorse; gestione e miglioramento dei processi e strutture di lavoro; monitoraggio e valutazione delle prestazioni come base per introdurre miglioramenti e sviluppare le tendenze evolutive.

Dobbiamo chiederci ancora se la figura del Direttore Sanitario Aziendale è espressione di una "carriera", intendendo con questo termine una professionalizzazione a tempo indeterminato (Si è ciò che si fa in modo ripetuto, Aristotele) ovvero assume un significato meramente temporaneo, cioè funzionale a un sistema politico gestionale, ovvero le due condizioni non sono alternative, ma possono essere coesistenti.

L'evoluzione continua della Sanità, i rapidi mutamenti organizzativi, il celere rinnovo della tecnologia, le risorse limitate impongono ancora oggi una cultura della or-

ganizzazione, della pianificazione, della programmazione, del controllo della gestione, della conoscenza della normativa che rendono sempre attuale la figura ed il ruolo del Direttore Sanitario nella consapevolezza di continuare a disporre nel tempo di professionisti che si formano su tali indirizzi. L'organizzazione sanitaria deve sempre più essere considerata una scienza sulla quale possano continuare a formarsi generazioni di professionisti per onorare questo esaltante ruolo affinché possa permettere ai colleghi di diagnosi e cura di essere, ancora di più, nelle migliori condizioni igieniche ed organizzative per curare gli ammalati ed offrire un servizio di qualità.

In tal senso ricordiamo le indicazioni Oms in un documento Euro sullo Sviluppo e gestione dei sistemi sanitari in Europa verso la salute per tutti che così presenta il medico di sanità pubblica: la moderna sanità non ha bisogno di medici che diventano manager smettendo di essere medici, ma di medici che, occupando posizioni direttive ed esercitando funzioni di gestori di risorse e non di semplici erogatori d'atti medici, acquisiscano competenza organizzativo-gestionale.

BIBLIOGRAFIA

* D.P.R. 27 marzo 1969, n° 128: Ordine interno dei servizi ospedalieri

* Dlgs 30 dicembre '92 n° 502: Riordinamento della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre '92 n° 421

* Testo aggiornato del Dlgs 3 febbraio '93, n° 29 recante: razionalizzazione dell'organizzazione delle Amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'art. 2 della L. 23 ottobre '92 n° 421. SoGu 25 maggio '98

* D.P.R. 10 dicembre '97, n° 483: Re-

L'ORGANIZZAZIONE SANITARIA DEVE SEMPRE PIÙ ESSERE CONSIDERATA UNA SCIENZA SULLA QUALE POSSANO CONTINUARE A FORMARSI GENERAZIONI DI PROFESSIONISTI PER ONORARE QUESTO ESALTANTE RUOLO AFFINCHÉ POSSA PERMETTERE AI COLLEGHI DI DIAGNOSI E CURA DI ESSERE, ANCORA DI PIÙ, NELLE MIGLIORI CONDIZIONI IGIENICHE ED ORGANIZZATIVE PER CURARE GLI AMMALATI ED OFFRIRE UN SERVIZIO DI QUALITÀ.

golamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del S.S.N.

* D.P.R. 10 dicembre '97, n° 484: Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla Direzione Sanitaria Aziendale e dei requisiti e criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del S.S.N.

* Dlgs 19 giugno '99 n° 229: Norme per la razionalizzazione del S.S.N., a norma dell'art. 1 della L. 30 novembre '98 n° 419

* Disegno di legge recante "principi fondamentali in materia di Servizio Sanitario Nazionale" approvato dal Consiglio dei Ministri il 19 dicembre 2003

* Testo unificato del disegno di legge 5107 e delle proposte di legge 4070, 4249, 4550 e 5391. "Principi fondamentali in materia di Servizio Sanitario Nazionale". Testo definito nella riunione del 2.2.2005

* Testo unificato delle proposte di legge "Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche" testo definito nella riunione del 19 luglio 2005

* Aparo U., Renzulli L., Il ruolo della Direzione Sanitaria nella Clinical Governance. Il Sole 24 ore Sanità, Anno IV n. 22 p. 10/11, 2001

* Baradi S. L'organizzazione dipartimentale nelle aziende sanitarie. Accademia nazionale di medicina, '03

* Catananti C. La Direzione Sanitaria Ospedaliera: dove vanno l'Europa e l'Italia? Quaderni di tecnica e gestione ospedaliera, '92

* Catananti C. Il modello fiduciario di direzione delle Aziende Sanitarie: va

tutto bene? Parliamone un po'. Tendenze nuove: 3,229/241, '03

* Consiglio Direttivo Anmdo, Seduta del 28 ottobre '95 in Bologna: Profilo Professionale del Direttore Sanitario d'Azienda e del Dirigente Medico di Presidio Ospedaliero

* Kob K., Aparo U.L., Finzi G., Marcolongo A., Montanile A., Podner Komaromy U., Rizzato E., Girardi F., Montresor P., Vecchie e nuove competenze del Direttore Sanitario d'Azienda e del Direttore Medico di Presidio Ospedaliero. L'Ospedale 56 (1), 10, '03

* Longanella F. La Direzione Sanitaria nelle Aziende Sanitarie di Diritto privato. Atti Congresso Nazionale Anmdo La Sanità nelle Regioni, Rimini 9-11 maggio '01

* Pellissero G., L'Ospedale oltre i dipartimenti. L'Ospedale 55 (1), 8, '02;

* Podner Komaromy U., Renzulli L., Dirigenza medica di Direzione Sanitaria. Ruolo e responsabilità. Ambiente e valorizzazione del personale delle pubbliche amministrazioni. Direttiva 13 dicembre '01

* Renzulli L. Direttore e Dirigente sanitario nell'Azienda Sanitaria e USL. L'Ospedale 48, 3/16, '95

* Renzulli L. Profilo professionale del dirigente medico di presidio e del Direttore sanitario d'Azienda ec Dlgs 229/99. Atti XI Congresso interregionale calabro-siculo Copanello (Cz) 7-9 luglio '00

* Rizzato E., Chi proteggerà dall'estinzione i direttori medici? L'Ospedale 56 (2), 14-19, '03.

La nuova frontiera per l'abbattimento delle infezioni post-operatorie



SERVIZIO DI NOLEGGIO E RIPRISTINO DI SET CHIRURGICI TESSILI STERILI RIUTILIZZABILI

I BENEFICI SANITARI STERILIS:

- Abbattimento infezioni operatorie
- Protezione degli operatori da contaminazioni batteriologiche
- Sterilità certificata UNI EN 13488

I VANTAGGI STERILIS:

- Set personalizzati per ogni tipo di intervento, pronti all'uso
- Approntamento del campo operatorio facile e veloce
- Eliminazione costi di magazzino per set tessili
- Riduzione spese per antibiotici e medicinali vari
- Diminuzione giorni degenza per intervento
- Recupero spazi produttivi per eliminazione lavanderia e ridimensionamento centri di sterilizzazione
- Costi competitivi, controllati e diluiti nel tempo
- Scelta ecologica che non richiede smaltimento rifiuti

Il Servizio Sterilis offre il noleggio e la gestione di camici e telieri sterili e barrieri per ogni tipo di intervento chirurgico. Il tessuto usato viene lavato, controllato e sterilizzato mediante processo certificato UNI EN 13488. I camici e i telieri chirurgici Sterilis sono Dispositivi Medici di classe I (CEE 93/42) e soddisfano i requisiti richiesti dalla EN 13795 (barriera al passaggio dei liquidi, nessun rilascio di fibre, resistenza allo strappo).



ALSCO

Sterilis

Milano 02 96629966 - Padova 049 8792366 - Torino 011 4173804 - Roma 06 9121606 - L'Aquila 0862 990706 -
Sera 0577 56139 - Siracusa 0931 766716 - Lugano +41 091 9681150

www.alsco.it

L'organizzazione dell'Ospedale: il ruolo dei clinici

Riassunto

All'interno degli ospedali l'evoluzione e i progressi nella tecnica ospedaliera hanno imposto modelli organizzativi sempre più funzionali alla gestione appropriata delle risorse umane e tecnologiche in ospedale. Tutto ciò ha comportato l'inevitabile conseguenza, negli ultimi anni, di una progressiva ridefinizione dei ruoli e del rapporto esistente tra i Medici di Direzione, i cosiddetti managers della sanità, i medici clinici.

Summary

Within hospitals, the evolution and the progress in the hospital technique imposed models of organization more qualified for an appropriate management of human and technological resources; as a consequence, the relation between managers and professionals has been interested by a process of redefinition during the last years.

A. Rampa

Direttore Sanitario Azienda Istituto Tumori di Milano

Ogni epoca nella storia degli Ospedali, almeno nel secolo scorso e nei primi anni di questo, è stata caratterizzata dalla presenza di una figura professionale e dirigenziale che in qualche modo ne caratterizza i contenuti e di conseguenza finisce ad avere la prevalenza sulle altre figure e sugli altri ruoli coesistenti.

Così abbiamo avuto fino agli anni 50 l'Ospedale dei clinici che senza tecnologie con poca diagnostica, ma con una grande capacità clinico-comportamentale erano il vero fulcro dell'Ospedale grande e piccolo, pubblico e privato universitario e non: è l'epoca tipica del: "L'ha detto il Dottore e questo basta e avanza", e questo bastava e avanzava anche per governare strutture magari di grandi dimensioni ma comunque di organizzazione semplice e lineare.

Dagli anni 40 agli anni 60 invece le strutture Ospedaliere e le loro

funzioni sono via via aumentate di numero e complessità e ciò ha reso sempre più importante il ruolo di Direzione e di Organizzazione.

Sono gli anni dell'Ospedale del Direttore Sanitario, che comanda, gestisce e governa, ha addirittura lo stipendio incrementato in percentuale secondo il numero dei ricoveri del proprio Ospedale, sono gli anni in cui la classe politica, pur ben presente nei Consigli di Amministrazione ha un approccio garbato e pragmatico al mondo sanitario nel quale riconosce la fisiologica primogenitura del Direttore Sanitario quale proprio interlocutore principe insieme al Consiglio dei Sanitari composto dai maggiori responsabili clinici.

Vengono poi gli anni dal 70 al 90 quando si è assistito ad un sempre più incisivo ruolo, spesso diretto e continuo della classe politica locale che aveva assunto in misura sempre più diffusa il ruolo di vero e proprio fulcro degli

Ospedali. Si arriva così alla metà degli anni 90 quando i rappresentanti diretti della politica vengono estromessi dalla gestione delle aziende ospedaliere e non e iniziano gli anni della "Monarchia del Direttore Generale" che pur in presenza di tecnici quali il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sociale quando e se previsto governano in modo assoluto e monocratico.

Ora siamo in presenza di un nuovo cambiamento che verosimilmente ci porterà ad una qualche forma di reingresso dei rappresentanti dei cittadini con un ruolo da un lato di competenze in linea con quelle di un Consiglio di Amministrazione e dall'altro di rappresentatività diretta nella sanità, ciò consentirà ai tecnici di acquisire la più completa esclusività del proprio ruolo professionale.

In tutto questo altalenante tourbillon di ruoli e di potere, il ruolo dei clinici è sempre stato quello di trasformare in atti medici alla luce delle loro competenze professionali specifiche, quelle che erano le risorse e le indicazioni della classe politica.

Quale è il presente e il futuro ruolo dei clinici in questa sanità



PAROLE CHIAVE: organizzazione ospedaliera, governo clinico, medicina basata sulle prove di efficacia, qualità

KEY WORDS: *public hospital organization, clinical governance, evidence based medicine, quality*

in così frequente e rapida evoluzione? Il loro ruolo è e sarà sempre più quello da un lato di migliorare e di affinare al massimo la loro capacità di razionale uso delle risorse e di attività collaborativa, dall'altro quello di essere testimoni forti e determinati (una volta acquisita la credibilità necessaria attraverso lo sviluppo del punto precedente) del reale fabbisogno di risorse da investire negli Ospedali e in genere in Sanità al fine di poter garantire anche in futuro nel nostro Paese le risposte di salute che tutt'oggi ci fanno essere tra le prime e migliori sanità nel mondo.

Entrando nei particolari, già oggi e sempre più nel futuro le sorti di un Ospedale e della Sanità che vi si attua, saranno sempre più dipendenti da una continua e costante collaborazione e interdipendenza tra i tre elementi che dal secolo scorso contraddistinguono e caratterizzano la vita degli Ospedali nel nostro Paese.

Infatti sempre più i Politici dovranno guidare la Sanità attraverso chiare linee programmatiche nonché con l'identificazione e la messa in campo di risorse corrispondenti e adeguate alle finalità impostate e alle prestazioni richieste a livello sia quantitativo

che qualitativo.

La Dirigenza Strategica ed in particolare i Medici di Direzione Sanitaria Aziendale e di Presidio dovranno sempre più e sempre meglio mettere in campo le loro vecchie e nuove competenze organizzative e gestionali al fine di guidare ogni Ospedale al raggiungimento degli obiettivi prefissati dalla Politica anche e soprattutto attraverso il buon utilizzo delle risorse fino all'ultimo euro-cent, attraverso l'incentivazione dell'uso comune di risorse strumentali, spaziali e di personale.

Il ruolo però fondamentale per tradurre buoni obiettivi e buona gestione in buoni risultati di salute mantenuta e (quando serve) recuperata, spetta e spetterà sempre ai clinici. Essi dovranno completare il percorso virtuoso già da tempo iniziato nel campo della appropriatezza degli interventi, della standardizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici (l'eccesso di variabilità è una delle cause più frequenti nel mondo sanitario di insuccessi e sprechi...), della capacità di lavorare e collaborare con Colleghi sia ospedalieri che territoriali al fine di fornire ad ogni cittadino nella vera continuità diagnostico-terapeutica che unica può garantire a tutti il massimo dei risulta-

ti di salute per qualsiasi livello di risorse messe in campo (vale assai sia in momenti di vacche grasse, che in quelli di vacche magre).

Da ultimo ma non ultimo i Clinici dovranno dedicare una parte importante del loro agire quotidiano a confrontarsi tra di loro nello stesso ambito e con colleghi di altri Ospedali al fine di conoscere, far conoscere e misurare i risultati propri con quelli degli altri Colleghi alla ricerca di una Medicina sempre più basata sulle evidenze messe a confronto.

Oltre a questo i Clinici dovranno dedicare un tempo sempre più importante alla ricerca del miglioramento clinico-diagnostico-qualitativo ed ergonomico e, attraverso la formazione, l'informazione e l'insegnamento vero e proprio, alla crescita delle nuove generazioni di Medici. Questo riceveranno dalle nostre mani il testimone in una sorta di staffetta virtuosa che avrà come traguardo il benessere delle generazioni future, obiettivo unico in grado di unire tutti i Medici in un grande sogno che con il lavoro di tutti è veramente possibile trasformare in una grande realtà.

BIBLIOGRAFIA

Kob K ed altri -vecchie e nuove competenze del direttore sanitario di azienda e del direttore medico di presidio ospedaliero- L'ospedale 1:10-16; 2003

Kob. K, Bombonato M. -il nuovo ruolo del medico igienista- progettare per la sanità, 76: 44-446, luglio -agosto 2003

D.Lgs 30/12/1992 n° 502 comprensivo del D.Lgs 229/99 Riforma TER Norme per la razionalizzazione del SSN

DA ULTIMO MA NON ULTIMO I CLINICI DOVRANNO DEDICARE UNA PARTE IMPORTANTE DEL LORO AGIRE QUOTIDIANO A CONFRONTARSI TRA DI LORO NELLO STESSO AMBITO E CON COLLEGHI DI ALTRI OSPEDALI AL FINE DI CONOSCERE, FAR CONOSCERE E MISURARE I RISULTATI PROPRI CON QUELLI DEGLI ALTRI COLLEGHI ALLA RICERCA DI UNA MEDICINA SEMPRE PIÙ BASATA SULLE EVIDENZE MESSE A CONFRONTO.



studio amadei

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



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

predefinisce degli elementi e dei criteri di valutazione

elabora griglia di controllo

gestisce il piano di campionamento

effettua a sorte dei controlli

determinazione dei risultati

elabora bilanci statistici dei risultati

Partner distributivo per il Sud Italia



SERVIDEA

Divisione Servizi

QUANDO LA SALUTE DIPENDE DALLA MISURA...

SISTEMI per:

- CONTROLLO QUALITÀ DELL'ARIA IN AMBIENTI A CONTAMINAZIONE CONTROLLATA
- MONITORAGGIO GAS ANESTETICI
- MONITORAGGIO PARTICELLARE
- CONTROLLO PRESSIONE DIFFERENZIALE
- MONITORAGGIO MICROBIOLOGICO
- STUDIO DELLA VENTILAZIONE
- EVACUAZIONE GAS E VAPORI ANESTETICI
- STUDIO DEL MICROCLIMA TERMOIGROMETRICO
- MONITORAGGIO DELL'INQUINAMENTO INDOOR

SERVIZI di:

- QUALIFICA SALE OPERATORIE
- VERIFICA CLASSE DI PULIZIA
- ASSISTENZA TECNICA CERTIFICATA
- CORSI DI FORMAZIONE TECNICO-APPLICATIVI

...AIRNOVA È LA SOLUZIONE!!!



Via S. Marco, 127
35129 Padova
Tel. : +39 049 80 34 184
Fax : +39 049 72 54 59
http : www.airnova.it
e-mail: airnova@airnova.it

Sistema Sanitario, Atto aziendale e Governance delle Aziende Sanitarie

Riassunto

L'Organizzazione Sanitaria e Ospedaliera Italiana si modifica significativamente ogni circa 10 anni. L'ultima riforma del 1999 prevede che le Aziende Sanitarie e Ospedaliere pubbliche adottino un Atto Aziendale di diritto privato per definire l'organizzazione interna. L'Atto Aziendale è apparentemente libero, ma in realtà è soggetto a molti vincoli. Può però essere utilizzato soprattutto per attribuire compiti e funzioni ai diversi Dirigenti dell'Azienda. Per quanto attiene la Direzione Sanitaria, sono possibili diverse soluzioni tipo: il modello integrato, che lascia molta autonomia ai Direttori Medici dei Presidi Ospedalieri, ed il modello professionale, che è più affine alla tradizione dell'organizzazione ospedaliera italiana e che accentra a livello aziendale le funzioni di Direzione Sanitaria. Entrambe le soluzioni organizzative sono praticabili, e la scelta dipende dalle scelte di strategia organizzativa aziendale.

Summary

L'Organizzazione Sanitaria e Ospedaliera Italiana si modifica significativamente ogni circa 10 anni. L'ultima riforma del 1999 prevede che le Aziende Sanitarie e Ospedaliere pubbliche adottino un Atto Aziendale di diritto privato per definire l'organizzazione interna. L'Atto Aziendale è apparentemente libero, ma in realtà è soggetto a molti vincoli. Può però essere utilizzato soprattutto per attribuire compiti e funzioni ai diversi Dirigenti dell'Azienda. Per quanto attiene la Direzione Sanitaria, sono possibili diverse soluzioni tipo: il modello integrato, che lascia molta autonomia ai Direttori Medici dei Presidi Ospedalieri, ed il modello professionale, che è più affine alla tradizione dell'organizzazione ospedaliera italiana e che accentra a livello aziendale le funzioni di Direzione Sanitaria. Entrambe le soluzioni organizzative sono praticabili, e la scelta dipende dalle scelte di strategia organizzativa aziendale.

G. Pelissero

Professore Ordinario di Igiene nell'Università degli Studi di Pavia
Direttore Sanitario Sovrintendente Gruppo Ospedaliero San Donato Milano

1. UN SISTEMA IN CONTINUO CAMBIAMENTO

Tutti i Sistemi Sanitari del mondo sono soggetti a periodici cambiamenti, conseguenti al modificarsi delle conoscenze scientifiche, della tecnologia, delle risorse disponibili e della domanda di prestazioni. Questa fisiologica tendenza assume in Italia una tempistica particolare: profonde ragioni storiche, economiche e sanitarie intervengono nell'ultimo mezzo secolo ad imprimere ogni circa dieci anni una forte sterzata, aprendo prospettive e determinando tensioni e contraddizioni che possono essere adeguatamente comprese solo con una attenta analisi del trend complessivo. Esaminiamo sinteticamente le tappe principali:

a) 1968-1969. Riforma ospedaliera

Nasce un sistema ospedaliero omogeneo a livello nazionale, (L. 132/68) con caratteristiche normative e organizzative molto dettagliate, di diritto pubblico, fondato sulla programmazione, distinto dall'acquirente (rappresentato dagli Enti Mutualistici). La Direzione Sanitaria ha un ruolo ben definito, di tipo igienico-sanitario, senza competenza diretta nei confronti dei servizi di diagnosi e cura (DPR 128/69 art. 5 e 7) - Tab. 1

b) 1978. 1° Riforma Sanitaria

Nasce il Servizio Sanitario Nazionale (L. 833/78) apparentemente unitario ma con modelli organizzativi differenziati a livello regionale. L'attività ospedaliera resta in larga parte affidata a Enti di diritto pub-

blico rappresentati per lo più dalle USL e viene meno la distinzione fra erogatore e acquirente. Solo il 15% dell'attività ospedaliera è svolta da soggetti privati.

La Direzione Sanitaria assume contorni meno definiti, fortemente influenzati dalle decisioni delle singole Regioni. L'organo tecnico centrale diviene l'Ufficio di Direzione.

c) 1992-1993. II° Riforma Sanitaria

Profonda revisione del Servizio Sanitario Nazionale (DD.LL 502 - 517), con ulteriore esaltazione del ruolo delle Regioni, che hanno pieno controllo delle USL che diventano Aziende. Il Sistema resta pubblico ma acquisisce elementi di organizzazione propri della componente privata, che a sua volta cresce di dimensione raggiungendo circa il 20% delle attività ospedaliere.

La tendenza a semplificare la struttura di governo dell'Azienda, propria del processo di aziendalizzazione, produce un vertice rappresentato dal Direttore Generale al quale si affiancano un Direttore Amministrativo ed un Direttore Sanita-



PAROLE CHIAVE: organizzazione sanitaria, direzione sanitaria, organizzazione ospedaliera

KEY WORDS: health organization, medical direction, hospital organization

TABELLA 1

**ATTRIBUZIONI DEL DIRETTORE SANITARIO E DEL PRIMARIO
NEL DPR 128/69.**

Art. 5

... Il Direttore Sanitario dirige l'ospedale cui è preposto, ai fini igienico-sanitari...

Art. 7

... La Divisione è diretta dal Primario...

... vigila sull'attività e sulla disciplina del personale...ha la responsabilità dei malati... definisce i criteri diagnostici e terapeutici che devono essere seguiti dagli aiuti e dagli assistenti, pratica direttamente sui malati gli interventi diagnostici e curativi che non intende affidare ai suoi collaboratori, formula la diagnosi definitiva, provvede a che le degenze non si prolunghino oltre il tempo strettamente necessario... e dispone la dimissione degli infermi....

TABELLA 2

**SISTEMA DI GOVERNO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA
DI DIRITTO PUBBLICO E DELLA SOCIETÀ PER AZIONI
DI DIRITTO PRIVATO.**



TABELLA 3

**RAPPORTI FRA AZIENDE SANITARIE E OSPEDALIERE
E REGIONE NEI D.LL 502/92 E 517/93**

Da: F.C. Rampulla e L.P. Tronconi.

L'atto aziendale di organizzazione delle Aziende Sanitarie. Management e Organizzazione Sanitaria. 1.19 - 36.2004

... Le Aziende (sono) soggetti che, in virtù dei poteri regionali di programmazione, di organizzazione, di indirizzo tecnico, di controllo e vigilanza, nonché di finanziamento, si connotano come enti dipendenti dalla Regione ed in particolare come aziende pubbliche strumentali della stessa, ai sensi del Co. 2 dell'art. 3 dei D. Lgv n. 502/1992 e 517/1993.

Regione → Direttore Generale → Direttore Amministrativo e Sanitario (Tab. 2) in analogia allo schema classico della Società per Azioni: Assemblea Societaria → Organo di Amministrazione (Amministratore Unico o Consiglio d' Amministrazione) → Dirigenza.

Dunque l'Azienda Sanitaria o ospedaliera ed i suoi organismi direttivi esistono per applicare la volontà della proprietà rappresentata dalla Regione (Tab. 3).

d)1999. III° Riforma Sanitaria

L'ultimo intervento normativo comparso in ordine di tempo (D. Leg. 229/99) introduce, per quanto qui ci riguarda, un elemento di contraddizione fra due distinte aspirazioni. La prima è rappresentata dall' accelerazione del processo di aziendalizzazione, con il conferimento all'Azienda Sanitaria (e all'Azienda ospedaliera pubblica) di un'ampia autonomia imprenditoriale e della facoltà di agire mediante atti di diritto privato, pur conservando pienamente la personalità giuridica di diritto pubblico.

Come osservano Rampulla e Tronconi (Management e Organizzazione Sanitaria. 1-2004) "l'atto centrale di questa costruzione dell'azienda è costituito dall'atto aziendale regolante, in via privatistica, l'organizzazione e il funzionamento delle Aziende".

Vedremo fra poco come questi principi trovino parziale ma rilevante negazione nello stesso D. Lgv 229/99, ma qui interessa rimarcare la più sostanziale contraddizione fra la tensione verso l'autonomia delle Aziende, esaltata dall'attribuzione di funzioni manageriali al loro vertice, e il perdurare dello schema di governo Regione → Direttore Generale → Direttore Amministrativo e Sanitario.

Uno schema che non può non ricondurre sistematicamente il comportamento del vertice aziendale alle volontà del proprietario (la Regione), e che sancisce il conflitto di interesse fra acquirente (Regione) e erogatore (ASL e Azienda Ospe-

rio, da lui liberamente individuati. Questa libertà di individuazione sarà esaltata dal DPR 484/97, che abolirà per il Direttore Sanitario Aziendale il requisito tradizionale della

Specialità in Igiene. In realtà, però, il sistema di governo dell'Azienda Sanitaria Locale (e dell'Azienda Ospedaliera di diritto pubblico) segue lo schema:

daliera pubblica). Il lamentato fenomeno della crescente politicizzazione dei vertici delle Aziende sanitarie e ospedaliere pubbliche, con il connesso pericolo di mortificazione delle professionalità, trae inevitabile origine da questa contraddizione. Su questo importante problema vedi fra l'altro la ricerca di Borsato e Tessadori (l'Ospedale. 3/03). Per arginarne gli effetti, che si possono ripercuotere anche sulle professionalità di Direzione Sanitaria, oltre al pressante invito alle Regioni ad adottare politiche sanitarie imparziali e rigorose, possono proficuamente agire due fattori. Il primo è rappresentato dall'imporsi di un più corretto pluralismo fra gli erogatori, con una componente di Aziende ospedaliere di diritto privato che su base nazionale rappresenta oggi il 25% del sistema, e che in alcune grandi Regioni sia al nord che al sud sfiora il 33% dell'attività ospedaliera.

Il secondo è lo sviluppo di una classe di Dirigenti sanitari di elevata professionalità manageriale, che proponendosi alle Aziende pubbliche nei diversi ruoli (che per noi significano Direttore Generale e Direttore Sanitario, sia d'Azienda che di Presidio), concorra nel tempo a formare una cultura direzionale orientata a qualità ed efficienza, e pervasa di una forte etica professionale. In questa prospettiva gli spazi aperti dall'atto aziendale possono essere proficuamente utilizzati per tracciare un percorso razionale.

2. L'ATTO AZIENDALE. SIGNIFICATO E LIMITI

Nell'organizzazione sanitaria aziendale l'atto aziendale apparentemente assume un significato simile a quello che ebbe il decreto delegato 128/69 rispetto alla Legge 132/68 ai tempi della 1° riforma ospedaliera.

E' stato osservato da Rampulla e Tronconi che "l'atto aziendale di organizzazione e funzionamento ha una sua matrice culturale in similitudine alle deliberazioni organizzative funzionali delle imprese private di ser-

vizi... che, a seconda del modello organizzativo adottato ... definisce le unità organizzative in cui le stesse si articolano e i margini di autonomia e di responsabilità conferita ai preposti alle diverse unità operative".

In realtà, ben lunghi dall'essere espressione di una piena autonomia organizzativa, dipendente esclusivamente dalle caratteristiche proprie delle prestazioni prodotte e dal sistema di remunerazione delle stesse, l'atto aziendale soggiace alle prescrizioni nazionali e regionali, è adottato da un organo di Amministrazione che la Regione nomina e controlla, e si adegua ad una molteplicità di schemi organizzativi obbligatori dettati dallo stesso D. Lgv 229/99.

Fra questi, ricordiamo i Distretti, i Dipartimenti, l'individuazione delle strutture interne dotate di autonomia gestionale e tecnico-professionale soggetta a rendicontazione analitica.

Stretto fra questi vincoli di diritto e di fatto, l'atto aziendale rischia di apparire più come lo strumento meramente ricognitivo di una organizzazione definita al di fuori dell'A-

zienda che come lo strumento dinamico di autoregolamentazione aziendale.

E questo è, a nostro giudizio, in larga misura inevitabile stante la sostanziale dipendenza dell'Azienda Sanitaria e Ospedaliera Pubblica dalla Regione, e i limiti che il legislatore le ha adeguate.

La maggior valenza innovativa, e il più elevato livello di autonomia, si rileva in realtà proprio nella facoltà dell'atto aziendale di definire l'attribuzione dei compiti alle figure dirigenziali quali il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario, il Direttore di Presidio, di Distretto, di Dipartimento, di unità organizzativa complessa, di unità organizzativa semplice.

E' in questo che lo strumento di autoregolamentazione può influenzare i livelli di governo dell'Azienda, consentendo in certa misura di realizzare soluzioni fra loro alternative e di esprimere una organizzazione più individualizzata.

Ad esempio, le relazioni reciproche e i diversi compiti e poteri assegnati ai Dipendenti degli uffici amministrativi e al Direttore Amministrativo aziendale possono configurare

TABELLA 4

SCHEMA TIPO DI ATTO AZIENDALE CON INDIVIDUAZIONE DELLE ATTRIBUZIONI DEL DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE E DEL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO. MODELLO INTEGRATO.

Art. X Direttore Sanitario Aziendale

Al DSA competono funzioni di direzione strategica dei servizi sanitari dell'Azienda, tramite la predisposizione di indicazioni operative, protocolli e indirizzi, nell'ambito delle linee strategiche generali adottate da DG, al quale risponde. Collabora con il DG per l'esercizio di tutte le funzioni di amministrazione che riguardano i servizi sanitari dell'Azienda, e concorre alle attività di rilevanza aziendale di programmazione, organizzazione e valutazione delle attività sanitarie.

Art. Y Direttore Medico di Presidio

Il DMP è il Dirigente preposto all'organizzazione igienico-sanitaria del Presidio assegnato, nell'ambito del quale svolge le funzioni di organizzazione e valutazione permanente di tutte le attività sanitarie, in applicazione delle direttive dell'organo di Amministrazione dell'Azienda al quale risponde. Rappresenta operativamente l'amministrazione aziendale nei confronti dei preposti ai Servizi Sanitari, ed in particolare dei Direttori dei Dipartimenti.

un modello di gestione centralizzata oppure distribuita, con non piccoli effetti sulla funzionalità complessiva dell'azienda.

Di tali opzioni, esamineremo più dettagliatamente quelle che riguardano la funzione di Direzione Sanitaria.

3. DIVERSE SOLUZIONI ORGANIZZATIVE PER LA DIREZIONE SANITARIA

Il DPR 128/69 articolava l'Ente ospedaliero in tre tipi di servizi (art. 1):

Servizi igienico organizzativi (Direzione Sanitaria). Servizi di diagnosi e cura (Divisioni e Servizi Sanitari), Servizi amministrativi e generali (Direzione Amministrativa). Abbiamo più volte osservato (G. Pelissero. L'Ospedale 1/2002) che in questo modello i poteri della Direzione Sanitaria sono ben definiti ma limitati, non avendo la stessa alcun titolo ad intervenire sul funzionamento delle Divisioni e dei Servizi sanitari, completamente affidata ai Primari che in questo modello rappresentano la figura dotata di maggior potere all'interno dell'Ospedale. Con l'aziendalizzazione questo solido modello burocratico viene inevitabilmente meno. Il Primario non è più il titolare a vita di un potere organizzativo e professionale assoluto nell'ambito della propria unità operativa, ma pur restando soprattutto nell'Azienda pubblica una figura dotata di indubbio peso negoziale, è costretto ad un confronto con l'Amministrazione ben più serrato e vincolante rispetto al passato.

E' inoltre un Dirigente nominato discrezionalmente e a termine, e teoricamente revocabile se la performance professionale è giudicata insoddisfacente.

Anche il Direttore Sanitario si trova in questa condizione lavorativa, e non è più sorretto, come nel passato, da una dettagliata definizione giuridica delle proprie funzioni.

Inoltre, caso unico rispetto alle apicalità sanitarie, la sua figura si sdoppia in due livelli ben distinti (soprattutto nelle Aziende di diritto pubblico) rappresentati dal Direttore Sanitario

Aziendale (DSA) e dal Direttore Medico di Presidio (DMP).

Questa evoluzione pone problemi organizzativi, sindacali e psicologici per la nostra figura professionale.

Sotto il profilo organizzativo i due quesiti più significativi sono sicuramente:

- 1) con quale strumento definire funzioni e strutture della Direzione Sanitaria,
- 2) quale modello organizzativo assegnarle.

Il primo quesito trova semplice risposta nell'atto aziendale, che come abbiamo visto ha il maggior ambito di autonomia proprio nella attribuzione delle funzioni alle singole figure dirigenziali. La libertà delle Aziende nell'individuare compiti, funzioni e struttura delle Direzioni Sanitarie può essere un vantaggio se ben usata, e al contrario un grave limite se priva di un indirizzo scientifico e professionale adeguato. Su questo terreno, sono le Regioni che se attivate possono fornire indirizzi vincolanti, ma è indispensabile ribadire che solo con una credibile e persistente azione della comunità professionale, dell'Università e delle Associazioni di categoria sarà possibile sostenere un valido modello di Direzione e convincere le Aziende ad adottarlo.

Mi limito a citare, a questo proposito, il controverso problema della articolazione dei compiti fra Direzione Sanitaria e Direzione dei Dipartimenti Clinici, in merito alla quale ho formulato le mie osservazioni e proposte nel corso del 29° Congresso Nazionale ANMDO (G. Pelissero. L'Ospedale 1/2002 cit).

Il secondo quesito è ovviamente più

complesso.

La dimensione sempre più grande delle Aziende sanitarie e ospedaliere, la differenziazione delle loro caratteristiche organizzative e operative, l'importanza che i fattori umani hanno nella costruzione delle strutture Dirigenziali, l'ampiezza delle potenziali attribuzioni alla Direzione Sanitaria che vanno al di là della responsabilità igienico-sanitaria prevista dal DPR 128/69, questi ed altri fattori ci hanno fatto osservare che i modelli di direzione sanitaria possibili sono almeno due (G. Pelissero. L'Ospedale 3/2004). Il modello integrato ed il modello professionale.

Nel modello integrato il Direttore Sanitario Aziendale esercita la propria funzione sostanzialmente come un alto consulente del Direttore Generale, e in questa veste concorre alla formazione degli atti di governo ma di norma non esercita direttamente funzioni operative. Questa condizione esalta il ruolo operativo del Direttore Medico di Presidio, che ha funzioni sia di direzione organizzativa che di tipo igienico-sanitario nell'ambito del presidio, dà ordini e ne risponde direttamente all'organo di amministrazione. Questo modello di governance è un modello orientato a sviluppare responsabilità diffuse e maggiore autonomia per i singoli presidi. Di norma il Direttore Medico di Presidio è una figura di Dirigente di struttura complessa, anche se in piccoli presidi (sotto i 100 posti letto) potrebbe essere un Dirigente di Struttura Semplice. La figura 1 mostra lo schema organizzativo di un'Azienda così co-

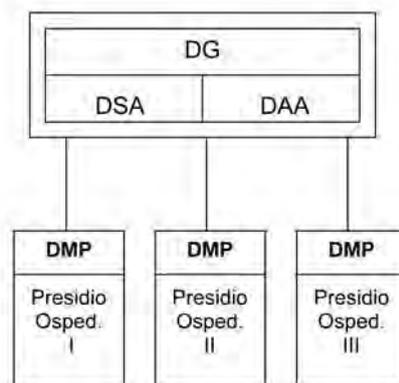
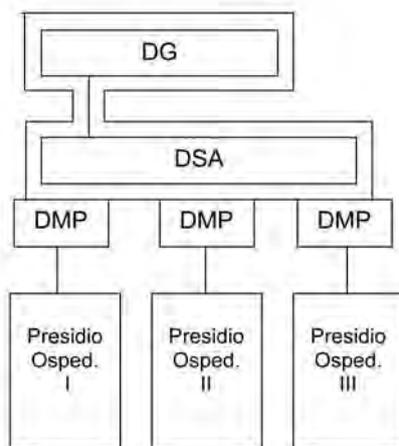


Figura 1
Schema organizzativo dell'Azienda Sanitaria o Ospedaliera articolata secondo il Modello Integrato.

Figura 2
Schema
organizzativo
dell'Azienda
Sanitaria o
Ospedaliera
articolato
secondo il
Modello
Professionale.



struita. La tabella 4 mostra lo schema tipo di atto aziendale che definisce questo modello.

Nel modello professionale il Direttore Sanitario Aziendale ha funzioni di Executive Manager nei confronti del complesso dei presidi e dei servizi clinici dell'Azienda, della cui attività rispetto agli obiettivi aziendali risponde all'organo di amministrazione.

Il Direttore Medico di Presidio è un collaboratore di rango elevato del Direttore Sanitario Aziendale, e nell'ambito del suo presidio lo può di fatto rappresentare in forma continuativa, ma è da quest'ultimo che provengono gli ordini e le disposizioni inerenti la direzione di tutte le attività sanitarie. Questo modello (fig. 2) è certamente il più vicino alla tradizione dell'organizzazione ospedaliera italiana. Il Direttore Sanitario Aziendale è infatti sostanzialmente riconducibile al Sovrintendente Sanitario di cui all'art. 4 del DPR 128/69, e il Direttore Medico di Presidio corrisponde al Direttore Sanitario del singolo ospedale di cui all'art. 5 dello stesso DPR 128/69. La tabella 6 mostra lo schema tipo di atto aziendale che definisce questo modello. Volendo applicare a questo schema organizzativo il modello dipartimentale di cui al D. Leg. 229/99, potremmo anche ipotizzare un vero e proprio Dipartimento di Direzione Sanitaria, il cui Direttore coincide con il Direttore Sanitario Aziendale e dove i Direttori Medici di Presidio corrispondono ad altrettanti Dirigenti di struttura complessa. Ma anche questo schema non è altro che

lisi dell'evoluzione del Sistema Sanitario e Ospedaliero Italiano, del ruolo che in esso può assumere uno strumento di regolamentazione come l'atto aziendale, e dei possibili modelli di organizzazione della governance sanitaria delle Aziende, abbiamo osservato una forte tendenza a periodiche profonde variazioni normative, l'esistenza di spinte divergenti verso l'autonomia e verso la centralizzazione, l'accentuazione dei valori di managerialità ed efficienza contrapposta a fenomeni di politicizzazione che ne vanificano le potenzialità positive. Il

TABELLA 5 ATTRIBUZIONI DEL SOVRINTENDENTE SANITARIO E DEL DIRETTORE SANITARIO NEL DPR 128/69

Art. 4 (Attribuzioni del Sovrintendente Sanitario)

Il Sovrintendente Sanitario dirige e coordina ai fini igienico-organizzativi l'attività dell'Ente che comprende gli ospedali e ne risponde al Presidente. Da lui dipendono i Direttori Sanitari dei singoli ospedali.....(omissis)

Art. 5 (Attribuzioni del Direttore Sanitario)

Il Direttore Sanitario dirige l'ospedale cui è preposto, ai fini igienico sanitari, e ne risponde al Presidente o al Sovrintendente Sanitario, ove esiste.... (omissis)

la traduzione, in termini dipartimentali, del modello organizzativo ospedaliero previsto dall'art. 1 del DPR 128/69 (tabella 7).

Sostanziale differenza rispetto al vecchio ordinamento ospedaliero è invece da ricercarsi nell'ampiezza delle funzioni attribuite. Nella riforma ospedaliera degli anni '60 tali funzioni sono sostanzialmente quelle classiche di tipo igienico-sanitario.

Nell'odierno ospedale aziendalizzato esse si integrano, anche se ancora in forma parziale e contraddittoria, con i compiti di tipo manageriale che inevitabilmente invadono l'area clinica, un tempo riservato dominio dei Primari, e oggi distribuite in forma incerta fra Direzione Sanitaria, Direzione di Dipartimento e Direzione di struttura complessa (G. Pelissero. L'Ospedale 1/2002 cit.)

4. CONCLUSIONI

Nel corso della nostra sintetica ana-

governo nelle Aziende sanitarie e ospedaliere non può non trovarsi al centro di queste tensioni, e la Direzione Sanitaria ne è la componente più coinvolta.

Ciò non stupisce, perché la sua collocazione strategica nell'organigramma aziendale, ed il potere che ne deriva quale che sia il modello organizzativo adottato, ne fanno inevitabilmente oggetto di attenzione e di aggressione da parte di altre componenti professionali. Fino a quando la Direzione Sanitaria si è limitata ad essere una ben definita funzione igienico-sanitaria in un Ente ospedaliero, essa è stata per lo più pacificamente attribuita agli specialisti di Igiene. Il processo di aziendalizzazione, richiedendo una azione operativa di Governo Clinico da parte dell'Amministrazione dell'Azienda, offre da un lato nuovi spazi di professionalità alla vecchia figura del Direttore Sanitario, ma dall'altro lato spinge altre figure pro-

fessionali, vecchie o nuove, a proporsi per esercitare un potere così rilevante all'interno dell'ospedale. In uno scenario così fluido, e ricco di potenzialità e di rischi, tenderemo in conclusione di formulare i principali quesiti che ci vengono suggeriti dai temi fin qui trattati, rispondendo con quella che mi pare la più ragionevole risposta.

1) Viste le incertezze e le difficoltà a trovare un modello di Direzione Sanitaria adeguato, non è preferibile ritornare ad uno schema rigido definito per legge una volta per tutte, come nel DPR 128/69?

Non è possibile per due motivi: Perché non è realistico pensare di capovolgere una evoluzione più che trentennale verso modelli di sanità meno burocratici, verso una ormai consolidata autonomia regionale, verso una aziendalizzazione controversa ma presente in tutti i principali stati dell'Unione Europea. Perché non è utile alla nostra categoria professionale rinchiudersi in una visione di se stessa che appartiene al passato, quando è ormai chiaro che la professionalità, la capacità di essere flessibili e portare alle Aziende un valore aggiunto, il coraggio di mettersi quotidianamente in discussione rappresentano i veri fattori di sopravvivenza e di successo.

2) Se possiamo pensare a due modelli di Direzione Sanitaria, integrato o professionale, quale è preferibile?

Entrambi i modelli possono funzionare, dipende dalla strategia aziendale e dal fattore umano. Il modello integrato esalta le autonomie di presidio interne all'azienda, e conseguentemente le figure dei Direttori Medici di Presidio. Mi pare la soluzione più idonea per aziende il cui Direttore Sanitario Aziendale manchi dalla competenza specialistica nell'Igiene e nelle quali siano presenti Direttori Medici di Presidio dotati di grande competenza e autorevolezza personale. Questa soluzione consente lo svi-

TABELLA 6
SCHEMA TIPO DI ATTO AZIENDALE CON INDIVIDUAZIONE DELLE ATTRIBUZIONI DEL DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE E DEL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO. MODELLO PROFESSIONALE.

Art. X Direttore Sanitario Aziendale

Al DSA compete la funzione di Direzione dei Servizi Sanitari dell'Azienda, tramite l'adozione di indicazioni operative e la predisposizione di protocolli e indirizzi, nell'ambito delle linee strategiche generali adottate dal DG, al quale risponde.

Rappresenta operativamente l'Amministrazione aziendale nei confronti dei Preposti ai Servizi Sanitari, e in particolare dei Direttori di Dipartimento.

Nell'esercizio delle proprie funzioni si avvale dei DMP (del Dipartimento di Direzione Sanitaria), e collabora con il DG per tutte le funzioni di Amministrazione che riguardano i Servizi Sanitari dell'Azienda.

Art. Y Direttore Medico di Presidio

Il DMP è il Dirigente preposto all'organizzazione igienico-sanitaria del Presidio assegnato, nell'ambito del quale svolge le funzioni di organizzazione e valutazione permanente di tutte le attività sanitarie alla diretta dipendenza del DSA, al quale risponde.

TABELLA 7
ORDINAMENTO DELL'OSPEDALE NEL DPR 128/69 E SUA POSSIBILE TRADUZIONE DIPARTIMENTALE.

DPR 128/69 Art. 1	Dipartimentalizzazione
I Servizi Ospedalieri si distinguono in:	
a) servizi igienico-organizzativi	a) Dipartimento di Direzione Sanitaria
b) servizi di diagnosi e cura	b) Dipartimenti Clinici
c) servizi amministrativi e generali	c) Dipartimento Amministrativo
... (omissis)	

luppo di un certo grado di competizione interaziendale fra i Presidi Ospedalieri, e ciò potrebbe essere accortamente governato dal Management aziendale per conseguire diversi obiettivi gestionali.

Il modello professionale corrisponde, come abbiamo visto, al classico sistema organizzativo a forte centralizzazione aziendale. In presenza di un Direttore Sanitario Aziendale con grande personalità e forte volontà di comando, sul modello del tradizionale sovrintendente sanitario, è inevitabile che l'assetto complessivo della Direzione Sanitaria inclini in questa direzione. Non necessariamente questo può divenire frustrante per i Direttori Medici di Presidio, se il Direttore Sanitario Aziendale ha doti di coordinamen-

to e leadership, e si impegna a costruire una squadra coesa e vincente. E questo va, tra l'altro, nel suo interesse e nell'interesse dell'Amministrazione aziendale, che se ne può avvalere per esercitare una forte influenza sull'area clinica.

Ciò che è veramente importante, a mio giudizio, è che tutti i medici di Direzione Sanitaria posseggano e condividano una sempre più elevata cultura organizzativa, padroneggino questa materia e sappiano essere interlocutori attivi dei Governi Regionali e soprattutto dei Direttori Generali delle Aziende, contribuendo con analisi e proposte qualificate alla stesura dell'atto aziendale e alla scelta del modello di governance.

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



Pareti divisorie 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.



.....quando si vuole la **MASSIMA**
PROTEZIONE e la **MASSIMA**
SICUREZZA..... Camici e Teli per Camera
Operatoria in Tessuto Trilaminato
Riutilizzabili

COMBO®



*Protezione, Sicurezza, Confort, Impiego : tutto
come e più di quanto richiesto dalla Normativa
Europea EN 13795*

 **STANDARD TEXTILE®**

THE COMMON THREAD IS
innovation



VIP Medical Srl

Via Val Cristallina n° 27
00141 - Roma
tel. 06.87190950
www.vipmedical.it

L'umanizzazione in sanità

Riassunto

In questi ultimi anni stiamo assistendo ad una riscoperta dell'etica. L'interesse verso i problemi etici della cura e del sistema sanitario è in continua espansione. Lo scopo dell'etica è rendere ragione e costruire la prospettiva dei fini di ogni sistema. C'è una crescente sensibilità e maturazione verso la necessità di umanizzare la struttura del sistema socio-sanitario. L'efficienza del nostro sistema sanitario sente sempre più la necessità di orientare l'organizzazione verso la valorizzazione e il rispetto della persona. È ormai evidente a tutti che la qualità della salute non è garantita solo dalla tecnologia, ma è necessario creare un ambiente umano nel quale il paziente si senta valorizzato come persona. La Regione del Veneto è molto interessata ad attivare e coordinare un progetto di umanizzazione che vuole contribuire ad alleviare, ma anche a rendere ragione della sofferenza che inevitabilmente accompagna la nostra vita. Nel 1998, con la "Dichiarazione di Barcellona", 22 esperti europei di bioetica, dopo tre anni di lavoro per la Commissione Europea, hanno proposto il principio di vulnerabilità come uno dei quattro principi della bioetica assieme ad autonomia, integrità e dignità umana. Di questi quattro principi, la vulnerabilità costituisce il principio innovatore ed esprime due concetti fondamentali: vulnerabilità come dimensione del limite intrinseco e della fragilità della condizione umana e vulnerabilità come oggetto di un appello morale a prendersi cura di chi è infermo. Ciò che si oppone all'indifferenza è il prendersi cura e il prendersi cura non è soltanto la dimensione del gesto temporaneamente legato alle situazioni; il prendersi cura è alla radice primaria dell'essere umano e segna la struttura ontologico-esistenziale dell'essere umano; tale condizione è straordinariamente narrata nel mito di Cura raccolto da Iginio nel primo secolo avanti Cristo, in una narrazione etiologica che costituisce il racconto originario sulla cura nella cultura occidentale. Il mito di cura rappresenta un simbolo potente della vulnerabilità che caratterizza la condizione umana. Due sono le grandi sfide che la medicina di questo secolo pone ai sistemi sanitari: l'aumento impressionante della patologia cronica e la necessità del controllo della spesa sanitaria. Il contributo dell'etica del prendersi cura consiste proprio nell'aprire l'orizzonte di ascolto e di promozione della dimensione relazionale nel contesto del sistema sanitario e nel fondare su queste basi la normatività e la legittimazione etica della pianificazione e della gestione organizzativa.

Summary

In these recent years we are witnessing a rebirth in ethics. The interest towards ethical problems especially about health and organizational health care is constantly growing. The work of ethics is to give reason to the goals that each system has to govern its direction. There is increasingly a maturity and sensibility towards the need to humanize the social and health care organizations. The efficient organization of our health care system now feels the need to work towards an ultimate orientation which is that of valuing and respecting the person. It is clear to all, that to have good health, it is not enough to invest in technology or the supportive structures, but it is necessary to create a human space in which the patient feels valued as a person. The Veneto Region is very interested to initiate and coordinate a project of humanization that wants to contribute above all to alleviate but also to give reason to suffering, that inevitably accompanies our existence. In 1998, in the so called "Barcelona Declaration", 22 European scholars proposed vulnerability as one of the four principles for Bioethics, including autonomy, integrity and human dignity. Among these four principles, vulnerability is the innovative one and expresses two basic ideas: the intrinsic finitude and fragility of life and the object of a moral principle or better a moral appeal requiring care for the vulnerable. Taking care of others is the opposite of the culture of indifference. But taking care is not just the dimension of a gesture linked to a specific situation; it is the primary root of human nature and expresses the existential and ontological structure of human existence; this condition is extraordinarily described by Hyginus in the 1st Century B.C. in an etiologic narration that is the original description of care in western culture. The myth of care is a powerful symbol of vulnerability characterizing human condition. In this century there are two great challenges to health care systems: the impressive increasing of chronic pathology, often related to aging and the necessity of controlling costs and expenditures. The contribution of ethics of care to managed care consists just in opening this horizon of listening and promotion of the relational dimension in the context of health care system and founding on this basis the normativity and the moral legitimacy of health management and planning.

M. Secolo MD * G.A. Dei Tos MD, MA**

*Direttore Dipartimento "Governare i processi di qualità e umanizzazione" ULSS 7 del Veneto.

**Responsabile Segreteria Scientifica Comitato per la Bioetica Regione Veneto - Bioeticista - Medico ULSS 7 del Veneto.

L'umanizzazione: un'istanza etica dentro il mondo della cura

Assumere la prospettiva dell'etica significa sostanzialmente interrogarci sui fini che cerchiamo di dare

al nostro agire, valutando anche la congruità di esso rispetto agli obiettivi che perseguiamo.

L'etica è stata una questione centrale fin dai primissimi inizi della medicina occidentale che ha richiesto al medico un elevato statuto mora-

le, come testimonia il giuramento di Ippocrate, forse il più antico dei testi che la tradizione attribuisce simbolicamente a questo autore, e l'ininterrotta serie di codici deontologici che delineano il procedere della medicina nei secoli.

I percorsi della storia e la complessità dell'evoluzione dei sistemi sociali coniugati alla straordinaria evoluzione del progresso medico-scientifico, hanno reso obsoleto il codice classico e il tradizio-

**PAROLE CHIAVE:**

bioetica, umanizzazione, qualità dell'assistenza

KEY WORDS:*bioethics, humanization, quality of care*

nale approccio deontologico dando origine ad una ampia questione pubblica relativa all'etica medica, espressa anche dalla crescita esponenziale di questi ultimi anni delle pubblicazioni scientifiche sui temi dell'etica clinica. Al progresso della tecnologia medica si è associata una parallela trasformazione della struttura sociale e del contesto socio-culturale, in un rapido mutamento segnato dalla diffusione di una pluralità di valori, specie nei paesi nord-occidentali, che hanno coinvolto anche le prestazioni sanitarie e i sistemi della cura. La relazione medico-paziente è progressivamente uscita dalla millenaria tradizione paternalista per orientarsi verso il principio dell'autonomia e dell'autodeterminazione della persona. Oggi la tecnologia biomedica avanzata permea sempre più sia la vita pubblica che privata, determinando una nuova attenzione socio-culturale per le questioni medico-morali di rilevante interesse pubblico. Un ulteriore elemento di criticità e fonte di complesse questioni morali è il problema dell'equità nell'accesso alle prestazioni del sistema sanitario in un contesto di inevitabile e progressiva limitatezza delle risorse. Ciò ha indotto a riflettere su cosa in realtà si intenda per bisogno sanitario e su quali criteri fondare il principio di giustizia e la sua applicazione in sanità.

La consapevolezza dell'insufficienza delle sole ragioni scientifiche e professionali e della complessità delle nuove problematiche morali all'orizzonte del nuovo millennio, ha fatto nascere la Bioetica come nuova disciplina orientata a costruire la prospettiva dei fini dentro i sistemi socio-sanitari. L'esigenza di costruire la prospettiva dei fini è

assolutamente irrinunciabile e vitale per ogni sistema organizzativo; ripensare ai fini della medicina significa ripensare anche ai fini e ai valori della società oltre che alla sua struttura culturale. Compito della bioetica è costruire l'orizzonte dei fini della vita umana e ispirare i mezzi necessari per raggiungerli, è ancora tracciare le coordinate per orientare la costruzione dei percorsi decisionali e delle scelte in ambito politico e nell'amministrazione pubblica sui temi della sanità e della tutela della salute dei cittadini.

L'esperienza della democrazia sociale e politica generata dalla cultura della modernità chiede un'argomentazione fecondata dalla ricerca comune di valori condivisi e non limitata a semplice razionalità strategica o procedurale. Non è sufficiente però limitarsi ad organizzare ciò che è già condiviso, bisogna andare oltre la semplice razionalizzazione dei mezzi, è necessaria un'analisi critica e razionale dei fini del vivere umano. Il valore del pluralismo della cultura contemporanea ci obbliga a questo continuo confronto, teso a scoprire le radici comuni e a cercare le consonanze etiche in un dialogo autentico e rispettoso, per rinnovare l'identità morale delle nostre comunità fondata sulle radici culturali che l'hanno generata. Vi è ormai un diffuso sentire attorno alla necessità di un'analisi sui valori comuni e irrinunciabili che sia non solo razionalmente fondata, ma ragionevole e responsabile. Il dibattito sociale sui valori è una delle grandi sfide che l'Europa si trova ad affrontare in questo progressivo cammino verso l'unità. Vi è il desiderio di approfondire le radici culturali che muovono l'anima del-

l'Europa per rafforzare l'identità e la tradizione di un passato che è ancora vitale e ricco di esperienza. Per questo oggi parliamo di prospettiva europea della bioetica, non nel senso di una sterile contrapposizione con altre tradizioni o culture, ma perché siamo coscienti della forza e della peculiarità di questa prospettiva. Potremmo dire che nella tradizione della cultura europea tre principali momenti normativi sono il fondamento della prospettiva comunitaria maturata nel dopoguerra e posta alla base della civiltà e dell'Unione Europea:

- La fondamentale uguaglianza delle persone (stabilita dalle Costituzioni)
- Il fondamentale bisogno di protezione della vita umana (radicato nelle convenzioni internazionali)
- Il principio della solidarietà (espresso nell'organizzazione e nella struttura dei sistemi sociali, in particolare nel sistema sanitario)

Sulla base di questi principi è possibile ora ricostruire quella prospettiva morale che dentro la società porti a compimento la rivoluzione liberale attraverso la partecipazione e l'universalizzazione dei valori. La ricerca dei fini pubblici e collettivi può essere raggiunta solo attraverso un processo di deliberazione partecipativa che miri a raggiungere un comune accordo sulle priorità da dare ai sistemi sociali e sanitari. Se la rivoluzione liberale ha portato nel 19° e 20° secolo la costruzione dell'esperienza della democrazia rappresentativa basata su una società libera e pluralista, ora, nel 21° secolo, questo percorso deve essere completato con quella che potremmo definire la rivoluzione dei valori e dell'etica, attraverso l'organizzazione della partecipazione sociale e politica al dibattito su quelle questioni di fondo che indicano i fini che la società, nel suo complesso vuole perseguire. Questo rappresenta anche il nucleo sostanziale dell'organizzazione del sistema della cura della salute che oggi appare in-

certo quanto ai fini ed incapace di un governo efficace ed adeguato delle risorse. La mancanza di chiarezza sui fini si traduce in un disorientamento dell'organizzazione del sistema sanitario e nella percezione diffusa nei malati di un razionamento ingiusto o quantomeno inefficace.

La partecipazione democratica e la spinta all'universalizzazione dei valori attraverso la ricerca di comuni sistemi di dialogo e di analisi di tutto ciò che può essere condiviso nella ricerca del bene comune, rappresentano la sfida allo sviluppo delle politiche sociali e sanitarie di questo secolo. La confusione dei linguaggi non deve impedirci di vivere la diversità come ricchezza e di ascoltare le ragioni dell'altro per costruire quel terreno di riflessione comune attorno ai bisogni e ai fini della persona che costituiscono la radice morale del sistema socio-assistenziale.

La Bioetica può essere lo spazio organizzato e lo strumento responsabile per aprire il dibattito e stimolare l'educazione ai valori correlati alla vita umana.

Cosa intendiamo per umanizzazione?

Il termine umanizzazione richiama immediatamente il riferimento al concetto di dignità umana e alla necessità del rispetto di tale categoria, categoria che ricorre frequentemente nell'argomentazione della Bioetica; al criterio della dignità umana si fa riferimento anche nella fondazione dei diritti dell'individuo e dei popoli. Le prime formulazioni di una lista dei diritti umani risalgono al XVIII secolo; ciò non significa che precedentemente non fossero vissuti, quanto piuttosto il fatto che essi passano da una dimensione oggettiva di valori sperimentati nel contesto esi-

stenziale ad una formulazione esplicita con obbligazione morale e giuridica. Così le prime dichiarazioni di matrice giunsnaturalistica che risentono della riflessione di Ugo Grozio e in particolare di John Locke¹, ma è soprattutto con Rousseau² che si acquisisce la consapevolezza e l'affermazione pratica dei diritti dell'uomo come diritti civili. Dalla seconda metà del Settecento partirà quel lungo cammino verso la libertà e la uguaglianza che condurrà alla costituzione degli stati democratici dell'era moderna.

Tornando all'idea di dignità della persona, talora la gravità morale di un atto compiuto viene identificata come lesiva proprio della dignità della persona. La dignità umana è un paradigma antropologico che troviamo costantemente presente nella storia. La filosofia pragmatica dei romani, Cicerone in particolare, identifica la *dignitas* nell'appartenenza al popolo romano. La dignità è così espressione di un'appartenenza socio-politica che condiziona i comportamenti perché attribuisce un'identità che non può essere tradita. Il Cristianesimo primitivo assume dalla cultura romana questa concezione di appartenenza identificando naturalmente il luogo dell'appartenere non con la civitas romana, ma con la comunità dei salvati (la Chiesa). Il tema della dignità acquisisce allora un profondo significato morale e trova fin dall'inizio vasta eco nei Padri della Chiesa (per esempio Giustino) con l'invito ai Cristiani a conoscere la propria dignità (...*agnoscere dignitatem tuam...*). La dignità di appartenenza alla comunità dei salvati ha come immediato riflesso la testimonianza di un nuovo stile di vita che rende i cristiani uomini nel mondo, ma non del mondo, talora in conflitto fino al martirio con la cultura e l'ethos del tempo. L'esperienza della dignità umana diventa allora un paradigma prevalentemente morale.

Nell'umanesimo del rinascimento si assiste ad un'ulteriore passaggio. Si crea addirittura un genere

letterario: *De hominis dignitate*³. Nell'approfondimento dell'umanesimo rinascimentale ciò che qualifica la dignità non è più l'idea di appartenenza ad una comunità, sia essa civile o religiosa, ma la costitutività intrinseca della persona, cioè che l'uomo sia uomo. L'ampliamento umanistico consente che la dignità appartenga all'uomo in base alla sua realtà antropologica, in base al suo essere non in base al suo essere *in*. Non è più il gruppo che qualifica la dignità della persona, la dignità sussiste autonomamente nel sé. Il nucleo essenziale dell'idea di dignità umana si restringe alla caratteristica essenziale dell'umano: la sua capacità di agire nella libertà e di autodeterminarsi moralmente nella responsabilità.

La fondazione di questa nuova dignità che emerge dalla cultura dell'umanesimo sarà individuata dalla filosofia giunsnaturalista nella natura stessa dell'uomo che si esprime attraverso la legge naturale. Successivamente Kant, nella sua filosofia trascendentale, fonderà la dignità umana sul fatto che l'uomo è un essere aperto all'istanza etica per la questione di essere egli legge a se stesso, quella che verrà chiamata l'autonomia morale del soggetto. La prospettiva aperta dalle rivoluzioni liberali ha reso esplicito nell'ambito politico e dell'organizzazione sociale il tema della dignità del soggetto personale con un forte sottolineatura del principio di uguaglianza. La Dichiarazione di Indipendenza degli Stati Uniti del Luglio del 1776 (*Bill of Rights*) proclama: "Riconosciamo queste verità come autoevidenti, che tutti gli uomini sono creati uguali, che il Creatore li ha concepiti con certi inalienabili diritti, che fra questi vi è la Vita, la Libertà e la ricerca della Felicità". Tredici anni dopo la Dichiarazione Francese sui diritti dell'uomo proclama: "Gli uomini sono nati liberi e rimangono tali e hanno uguali diritti. Nessuno può essere perseguitato per le proprie opinioni, anche religiose, a meno

¹ Cattaneo M.: *Persona e stato di diritto*, Torino 1994.

² Rousseau J.J.: *Contratto sociale*, trad. it, Brescia 1984.

³ Pensiamo per esempio al contributo di Pico della Mirandola nel suo *Oratio de hominis dignitate* del 1486.

che esse non interferiscano con l'ordine pubblico". La raccolta di queste dichiarazioni di principio culminerà nella Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo proclamata dalle Nazioni Unite nel 1948⁴, nella quale sarà posta grande enfasi sul concetto di persona e di uguaglianza di dignità. La specificità del contributo della cultura europea e della modernità non si esaurisce nel concetto di autodefinizione della morale, ma soprattutto nel riconoscere che la libertà e la dignità di ogni singola persona chiedono una protezione sotto il profilo giuridico e politico. La cultura europea manifesta una progressiva continuità nella costruzione dell'idea di dignità umana perché l'ethos dei diritti umani dell'epoca moderna in realtà procede dall'intuizione stoica dell'uguaglianza naturale di tutti gli uomini e dall'idea di una cittadinanza cosmica che si apre successivamente alla prospettiva cristiana della fraternità universale.

Nel Cristianesimo l'espressione della dignità dell'uomo in quanto uomo trova il suo rafforzamento e la sua estensione nella categoria dell'uomo ad immagine di Dio. L'uomo è stato creato ad immagine di Dio (un Dio personale che agisce). L'immagine di Dio si è calata nell'uomo e fonda la dignità dell'uomo. Nell'uomo Dio ha impresso la sua immagine di essere libero, orientato al bene, alla responsabilità: *secundum quod ed ipse est suorum operum principium, quasi liberum arbitrium habens et suorum operum potestatem*⁵. Secondo S. Agostino⁶ l'Imago Dei è un dato ontologico incancellabile.

E' interessante sottolineare che quando parliamo di umanità, con lo stesso termine possiamo indicare sia l'interiorità di un uomo (come quando diciamo che la tal persona é piena di umanità), sia la dimensione sociale, comunitaria dell'esistenza umana. Che significato assume allora il termine *umanizzare*? Il termine *umanizzare* si correla immediatamente al concetto di

Umanesimo. Il concetto di Umanesimo può essere assunto in senso storiografico, identificando il complesso movimento artistico, filosofico, religioso fiorito nell'Italia del 1400 e successivamente esteso al resto d'Europa influenzando in maniera profonda lo sviluppo della cultura e civiltà moderna, oppure in senso teoretico identificando un movimento di pensiero che intende valorizzare l'uomo e le caratteristiche dell'umano. L'umanesimo si identifica per il riconoscimento del valore centrale dell'uomo nel cosmo. Il termine deriva dal latino *humanitas* (Cicerone) che assumeva il significato di educazione e sviluppo dell'intelligenza e della moralità. Nel concetto di *humanitas* latina si trasfigura il concetto di *paideia* greca come processo di formazione dell'uomo alla vera umanità. Il movimento umanistico si pone all'alba della modernità con un'attenzione riflessa per il sé, la libertà dell'uomo, la sua collocazione nell'universo, il suo destino. È interessante notare come esista una profonda connessione tra l'Umanesimo radicato nella *paideia* greca e nell'*humanitas* romana e il senso del pensiero filosofico europeo che, pur nella diversità degli orizzonti e degli esiti speculativi, assume comunque la prospettiva della soggettività e dell'auto coscienza come luogo della riflessione. L'umanesimo diventa così un orientamento culturale, cura per l'uomo, interesse per l'uomo esistente e coesistente, per il suo vivere e il suo agire; l'umanesimo diventa così espressione della più vera eredità europea.

Il termine *umanizzazione* assume allora questa prospettiva di cura per l'uomo aperta dal significato originario dell'umanesimo e quando usiamo questo termine esprimiamo il desiderio di commisurare la nostra azione alla grandezza dell'uomo come essere che vive la propria singolarità, desideriamo orientare l'agire allo sviluppo del valore intrinseco che la persona esprime; e ancora *umanizzare* vuol

dire dare proporzioni di umanità, di umanità come famiglia umana al nostro agire. L'umanizzare si esprime allora nel rispetto incondizionato della persona indipendentemente dai ruoli che assume o dalle situazioni in cui vive e dall'inserimento delle modalità dell'agire nella prospettiva della solidarietà e della comunione. Un agire che esprime la singolarità della persona ma, nello stesso tempo l'appartenenza alla famiglia umana, un'appartenenza che va ricercata e costruita come fondamento dell'impegno morale, da tale appartenenza nasce il principio democratico dell'uguaglianza originaria di tutti membri della comunità giuridica che si autopercepiscono come soggetti di moralità.

Il concetto di dignità della persona ha innanzitutto un contenuto di base fondamentale legato all'intrinseco valore dell'esistenza umana, indipendentemente dal sesso, l'età, le capacità fisiche o intellettuali, le idee, la religione, le etnie o l'appartenenza sociale. Il riconoscimento della dignità umana di un soggetto individuale dipende unicamente dalla sua appartenenza oggettiva al genere umano⁷. Un secondo contenuto del termine dignità si riferisce all'estensione del riferimento all'umanità, intesa come soggetto unitario, comprese le generazioni future. È ragionevole pensare che se esiste una dignità individuale essa possa essere estesa in modo derivato anche alla stessa comunità globale degli individui, al concetto di umanità e di popoli. L'ampliamento

⁴ La Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo del 1948 dichiara nel primo articolo: "Tutti gli esseri umani...nascono liberi e uguali in dignità e diritti". Da ciò segue nell'art. 3: "Tutti gli esseri umani hanno diritto alla vita, alla sicurezza, alla libertà della persona".

⁵ Tommaso d'Aquino: nel prologus della Prima Secundae della *Summa Theologiae*.

⁶ S. Agostino: *De Trinitate*, XIV.4.6.

⁷ Cotta S.: *Diritto, persona, mondo umano*, Torino 1989. Spaemann R.: *Personen*, Stuttgart 1996.

⁸ Elias N.: *Die Gesellschaft der Individuen*, Frankfurt a.M. 1987.

to del concetto di dignità individuale consente di includere nel divieto di strumentalizzazione tutto ciò che preserva l'umanità nella sua globalità come, per esempio, la tutela di un ambiente sostenibile, la protezione dell'identità e dell'integrità della cultura e dei costumi delle varie etnie. L'esistenza umana non può non esprimersi che in una traiettoria di equilibrio fra l'IO e il NOI⁸. L'IO riconosce il primato al NOI, ma il NOI riconosce all'IO il diritto costitutivo del proprio fondamento autonomo.

La prospettiva aperta dai processi di umanizzazione parte innanzitutto dalla coscienza della radicale fragilità della condizione umana che ci interpella a guardare l'umanità con occhi nuovi; con gli occhi del rispetto che dalla sua radice latina (*respicere*) significa guardare e riguardare...riportare alla nostra attenzione la persona con uno sguardo diverso per capire; capire che soprattutto la nostra esistenza è esposta e che abbiamo bisogno di prenderci cura gli uni degli altri, per sostenere la fatica del vivere. La dignità della persona è profondamente correlata alla sua strutturale vulnerabilità.

Nel 1998, con la "Dichiarazione di Barcellona"⁹, 22 esperti europei di bioetica, dopo tre anni di lavoro per la Commissione Europea, hanno proposto il principio di vulnerabilità come uno dei quattro principi della bioetica assieme ad *autonomia, integrità e dignità umana*. Di questi quattro principi, la vulnerabilità costituisce il principio innovatore ed esprime due concetti fondamentali: vulnerabilità come dimensione del limite intrinseco e della fragilità della condizione umana

e *vulnerabilità* come oggetto di un appello morale a prendersi cura di chi è infermo. La parola *vulnerabilità* deriva dal latino *vulnerare* ed esprime l'idea della feribilità e figurativamente rimanda alla precarietà della condizione umana, segnata dalla realtà del limite, della debolezza, della dipendenza, della necessità di protezione. Lo stesso Cicerone riferiva delle tre realtà esposte alla vulnerabilità: la vita, la reputazione e la salute.

I principi di Barcellona rappresentano una critica ed un'alternativa ai tradizionali quattro principi della bioetica nord-americana¹⁰: autonomia, non maleficenza, beneficenza e giustizia, dove l'enfasi sull'autonomia ha allontanato un'attenta valutazione dell'esperienza della vulnerabilità umana.

Se la bioetica della modernità, fondata sul principio di autonomia e beneficenza esprimeva relazioni più conflittuali, ora nel tempo della post-modernità, consapevoli della crisi del concetto di autonomia, ci troviamo di fronte alla necessità di promuovere un'etica del prendersi cura per rispondere alla condizione umana di radicale vulnerabilità. Il prendersi cura non è la semplice applicazione di una tecnologia pratica, quanto piuttosto il vivere una fondamentale relazione umana fra soggetti; il prendersi cura nasce dall'irresistibile appello alla mia coscienza che nasce dalla contemplazione della fragilità dell'altro ed evoca in me pathos, simpatia, empatia... bisogno di condivisione. Ciò che si oppone all'indifferenza è il prendersi cura e il prendersi cura non è soltanto la dimensione del gesto temporaneamente legato alle situazioni; il prendersi cura è alla radice primaria dell'essere umano e segna la struttura ontologico-esistenziale dell'essere umano; tale condizione è straordinariamente narrata nel mito di Cura raccolto da Iginio¹¹ nel primo secolo avanti Cristo, in una narrazione etiologica che costituisce il racconto originario sulla cura nella cultura occidentale:

IL MITO DI CURA

Un giorno, mentre attraversava un fiume, Cura vide del fango argilloso. Con un'idea ispirata lo raccolse e cominciò a modellare una forma umana. Mentre contemplava ciò che aveva fatto, comparve Giove. Cura gli chiese di infondervi lo spirito e Giove lo fece di buon grado.

Quando però Cura volle esse stessa dare un nome a ciò che aveva plasmato, Giove glielo proibì e pretese che gli fosse dato il suo nome.

Mentre Cura e Giove discutevano, comparve Terra e anche Lei pretese di dare il suo nome a ciò che era stato plasmato con la sua materia.

Chiesero a Saturno di fare da giudice, ed egli saggiamente sentenziò:

" Tu Giove, poiché hai dato lo spirito, prenderai la sua anima dopo la morte, e Tu Terra, che hai offerto il tuo corpo, alla sua morte riavrà il suo corpo, ma poiché è Cura che ha modellato la creatura essa le starà accanto finché vivrà.

Poiché c'è tra voi una controversia sul nome, decido che sia chiamato uomo, poiché è stato fatto dall'humus.

Il mito di cura rappresenta un simbolo potente della vulnerabilità che caratterizza la condizione umana: il bisogno radicale dell'uomo di essere sostenuto dalla cura, l'importanza di una presenza sollecita e costante per l'individuo, sia in relazione alla sua vita personale che a quella comunitaria.

Come sottolineava M. Heidegger in *Essere e Tempo*, il prendersi cura è strutturale all'esperienza umana ed è situata esistenzialmente-apriormente, prima di ogni situazione. La struttura relazionale della persona consente all'umano di definirsi umano grazie alla capacità di prendersi cura, di sentirsi cioè sollecitato, impegnato, coinvolto, responsabilizzato dalla presenza dell'altro.

La strutturale natura dialogica dell'essere umano ne fa un essere partecipativo chiamato fin dall'inizio ad inserirsi nel circuito comunitario attraverso la struttura del linguaggio. Nella sua radice di derivazione lati-

⁹ AA.VV. *Final Project Report on Basis Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw*; Institut Borja de Bioetica, Barcelona & Centre for Ethics and Law, Copenhagen, 2000.

¹⁰ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, New York/Oxford 2001

¹¹ HYGINUS, *Fabularum Liber*, New York and London, Garland 1976. Scientific Edition: C. Hyginus Historicus et Mythografus: *Fragmenta Operum Deperditorum*, Pisa: Giardini, 1976, 157-158.

na il termine cura può esprimere il concetto di attenzione, premura, vigilanza, sollecitudine ma anche travaglio, affanno, preoccupazione, sentimenti che accompagnano sempre il coinvolgimento affettivo, l'amore per l'altro. Così come "Cura" ha modellato l'essere umano con tenerezza, dedizione, sentimento e si è assunta la preoccupazione della responsabilità e di starle accanto tutta la vita, così queste dimensioni sono diventate costitutive dell'essere umano. Etica del prendersi cura significa allora priorità della persona e dei suoi valori, rifiuto della oggettivizzazione, preoccupazione per le relazioni umane e promozione della prospettiva simbolica che caratterizza l'esistenza di ogni uomo. L'etica del prendersi cura è l'antidoto al sentimento di abbandono e di emarginazione che aggrava la fragile condizione degli anziani e degli ammalati, ma più in generale è il riportare al centro di ogni professione, di ogni riflessione, di ogni pianificazione economica e politica la dimensione del soggetto personale e la difesa della sua priorità che riscatta la nostra umanità più essenziale.

Più alta è la nostra vulnerabilità maggiore è il bisogno della prospettiva etica del prendersi cura che rende giustizia alla mancanza di premura verso gli esclusi, i più fragili, coloro che con meno efficacia resistono agli effetti depersonalizzanti dei processi di alienazione.

Due sono le grandi sfide che la medicina di questo secolo pone all'umanità e che l'etica del prendersi cura assume come suoi obiettivi: l'aumento della patologia cronica fra la popolazione dei pazienti e il controllo della spesa sanitaria e la gestione del sistema sanitario (quello che gli autori anglosassoni chiamano la "managed care").

Di fronte all'aumento sconcertante di quella patologia cronica per la quale l'alta tecnologia medica non può offrire i suoi miracoli e nella quale i medici e gli infermieri sperimentano la frustrante incapacità di offrire risposte di guarigione, emerge

il rischio di abbandonare il malato cronico alla solitudine della sua malattia per la quale si dichiara che ormai non c'è più nulla da fare. Ma è proprio la prospettiva dell'etica del prendersi cura che ricostruisce il profilo del senso della presenza dei medici e degli infermieri accanto a quel segmento di esistenza che chiede di ritrovare nuovo senso di vita. All'aumento incontenibile di qui al futuro di queste realtà che oggi sono vissute come senza speranza, deve corrispondere un sistema sanitario che integra la prospettiva etica del prendersi cura come orientamento al fine della persona e al suo rispetto.

A questo principio non può rinunciare l'esigenza del controllo della spesa sanitaria e della razionalizzazione delle cure. Il contributo della prospettiva dell'etica del prendersi cura al management in sanità consiste proprio nell'aprire questa finestra di ascolto e di valorizzazione della dimensione relazionale nel contesto della cura che fonda la normatività e la legittimità morale della programmazione sanitaria. In estrema sintesi umanizzare in sanità significa piegare l'organizzazione verso il rispetto della persona evitando la persistente tentazione di credere che l'organizzazione sia un fine in sé.

Poiché il vero fine è la persona e il rispetto del suo mondo valoriale è chiaro che la rivoluzione copernicana determinata dai processi di umanizzazione consiste proprio nel pensare l'organizzazione come continuamente orientata a perseguire il rispetto e la valorizzazione del soggetto personale e non ad autoreferenzialità.

Questa logica deve portare a snellire e a superare la rigidità dei sistemi organizzativi che tendono a inevitabilmente a vivere in funzione di se stessi. L'umanizzazione chiede inevitabilmente al sistema sanitario flessibilità di gestione per piegarsi (prevenendo la frattura) alla complessità delle esigenze della persona che nella condizione di malattia vede radicalizzata la sua condizio-

ne di vulnerabilità.

L'ESPERIENZA DELLA REGIONE VENETO

La Regione Veneto è fortemente determinata a perseguire l'obiettivo di orientare sempre più l'organizzazione e la prassi del sistema sanitario regionale verso i valori suggeriti dai processi di umanizzazione.

A questo proposito ha attivato un progetto specifico che sta trovando progressiva applicazione nella realtà delle singole aziende sanitarie. La normativa di riferimento si rifà al decreto legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni, che reca: "Riordino della disciplina in materia sanitaria", all'articolo 14, comma primo, introduce il principio del costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni alle esigenze dei cittadini utenti e preordina allo scopo uno specifico sistema di indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie. Concetti ripresi nel D.M. 15 Ottobre 1996. Il medesimo articolo, al comma secondo, prevede che le Regioni utilizzino un sistema di indicatori per la verifica, anche sotto il profilo sociologico, dello stato di attuazione dei diritti di cittadini, per la programmazione regionale, per la definizione degli investimenti di risorse umane, tecniche e finanziarie. Il D.P.C.M. 19.05.1995 riportante lo "Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi sanitari" ricorda i principi fondamentali contenuti nelle direttive del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27.01.1994 cui le carte dei servizi devono richiamarsi e cioè:

- Eguaglianza
- Imparzialità
- Continuità

- Diritto di scelta
- Partecipazione
- Efficacia/Efficienza.

Per quanto riguarda lo specifico della Regione Veneto, la Legge Regionale 14 Settembre 1994, n. 56, recante "Norme e principi per il riordino del Servizio Sanitario Regionale in attuazione del Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal Decreto Legislativo 7 Dicembre 1993, n. 517", all'articolo 2, comma primo, stabilisce che la Regione svolge funzioni di programmazione, indirizzo, controllo nonché di coordinamento nei confronti delle Aziende Ulss e delle Aziende ospedaliere.

Dopo un lungo periodo di silenzio arriva la DRGV 2319 del 30 Luglio 2004 recante come oggetto: "Progetto inerente l'analisi e la valutazione del livello di umanizzazione dei servizi socio-sanitari erogati dalle Aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto".

Nel testo di tale delibera si legge: "...è fondamentale porre al centro di ogni intervento sanitario, socio-sanitario ed assistenziale la persona umana. Ciò significa orientare l'intero Sistema Sanitario Regionale e, quindi tutte le attività della Aziende Ulss ed Ospedaliere del Veneto, in direzione dell'umanizzazione." Si tratta dell'assunzione in via assolutamente formale del principio del rispetto della dignità della persona e della sua promozione; inoltre ciò che più caratterizza questo atto è la logica sistemica con cui il tema è trattato, con l'intento di implementare: "un sistema di gestione per l'umanizzazione".

Allo scopo è stato elaborato un piano operativo articolato in tre fasi. Nella prima fase vengono individuate quattro macro aree di analisi, convenzionalmente denominate accoglienza, orientamento, trasparenza, comunicazione.

La seconda fase prevede la creazione di un data base per la raccolta dei dati.

La terza fase è finalizzata ad individuare aree di eccellenza e si completa con la realizzazione di un primo Manuale del sistema di gestione per l'umanizzazione. Il manuale è stato redatto, è attivo un gruppo regionale di progetto, stanno per essere attivate in tutte le aziende i "servizi per l'umanizzazione" con l'individuazione di un referente e dal 3 Ottobre 2005, ed entro il 31.03.2006, tutte le Aziende ULSS sono chiamate all'autovalutazione delle rispettive performance. A tale proposito è necessario ricordare l'importante ed esemplare contributo di "Cittadinanza attiva" con la pubblicazione, nel 2004, del rapporto 2003 "Audit Civico" e la imminente pubblicazione del rapporto 2004.

CONCLUSIONI

La prospettiva dell'etica diventa così indispensabile per costruire insieme questo bisogno di umanizzazione dei nostri sistemi di cura; per cogliere questo sforzo di ritessere le trame della solidarietà dentro il sistema sanitario rendendo quanto mai eloquenti per noi oggi i versi di John Donne, poeta inglese del '500:

Nessun uomo è un'isola, intero in se stesso.

Ogni uomo è un pezzo del continente, una parte della terra.

Se una zolla viene portata via dall'onda del mare, l'Europa ne è diminuita...

Ogni morte di un uomo mi diminuisce, perché io partecipo all'umanità.

E così non mandare mai a chiedere per chi suona la campana: essa suona per te!

Sono le parole che Hemingway ha premesso al suo romanzo "Per chi suona la campana". È difficile commentare questi versi perché, come avviene nella grande poesia, la trasparenza è immediata, ma la luce che vi passa si sfrangia in mille iridescenze...vogliamo solo sottolineare che esse nascondono quella solidarietà segreta che si rispecchia nella sofferenza, nel do-

lore, nella fatica della malattia, nel morire...dimensioni che incontriamo quotidianamente nei nostri luoghi di cura e a servizio delle quali questo progetto di umanizzazione è stato pensato.

BIBLIOGRAFIA GENERALE

1) Henk Ten Have, Ber Gordijn (eds): *Bioethics in a European Perspective*, Kluwer Academic Publisher, Dordrecht/Boston/London 2001.

2) David C. Thomasma, David N. Weisstub, Christian Hervé (eds): *Personhood and Health Care*, Kluwer Academic Publisher, Dordrecht/Boston/London 2001.

3) Tom L. Beauchamp, James F. Childress: *Principles of Biomedical Ethics*, Fifth Edition, Oxford University Press 2001.

4) Giacomo Mottura: *Il giuramento di Ippocrate. I doveri del medico nella storia*, Editori Riuniti, Roma 1986.

5) Virgilio Melchiorre (a cura di): *L'idea di Persona*, Ed. Vita e Pensiero, Milano 1996.

6) Carmelo Vigna (a cura di): *Introduzione all'etica*, Ed. Vita e Pensiero, Milano 2001.

7) Jennifer K. Walter, Eran P. Klein (eds): *The Story of Bioethics. From Seminal Works to Contemporary Exploration*, Georgetown University Press, Washington D.C. 2003.

8) Edmund D. Pellegrino, David C. Thomasma: *The virtues in medical practice*, Oxford University Press, New York 1993.

9) C. Gilligan, *In a Different Voice*, Harvard 1982.

10) Sandro Spinsanti: *Bioetica in sanità*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1993.

11) Frederick Copleston, S. J.: *A History of Philosophy*, New York 1985.

SISTEMI DI STERILIZZAZIONE DISINFEZIONE LAVAGGIO



AUTOCLAVI a
GAS-PLASMA



AUTOCLAVI



TERMODISINFETTORI



ITINERIS



NCS-WEB



NCS-WEB

SOFTWARE



SERVIZIO
ASSISTENZA CLIENTI



LAVASTERILIZZA
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

Outsourcing e core business

Riassunto

Gli Autori suggeriscono in tema di outsourcing di ragionare in termini di "funzioni differenziali" e "non differenziali" piuttosto che "core" e "non core" e di utilizzare la metodologia degli Organigrammi nelle decisioni strategiche relative alle funzioni ospedaliere da affidare in outsourcing.

Summary

"Differential" and "Non-differential" functions seem to be better selection criteria compared with "core" and "non core" activities in order to decide which functions/activities can/have to be outsourced by a Health care organization. Therefore, it is suggested that the "Organigram" methodology can give support to identify the strategic outsourcing of the above mentioned organizations.

U.L. Aparo* ; A. Aparo**

*Direttore Sanitario IDHRCCS Roma

** Professore di Strategic Management Università La Sapienza Roma

Occorre sempre fare attenzione quando in italiano si usano parole straniere, soprattutto se inglesi e molto alla moda: Management, Leadership... Outsourcing.

L'outsourcing è il lavoro che viene fatto da un'azienda o da soggetti che non sono in organico all'azienda committente. Implica l'acquisto di un prodotto o processo da un fornitore esterno invece di produrlo in casa. L'azienda che effettua l'outsourcing, ovvero l'outsourcer, addestra colui che fornisce l'outsourcing, detto outsourcing provider, in modo da costituire una partnership di fornitura.

Chiaro no? A dire il vero, l'unica cosa chiara è che si consiglia caldamente di adottare l'inglese come linguaggio professionale, riservando l'italiano per il tempo

libero. L'outsourcing è una pratica che ha preso piede una decina di anni fa, quando si è cominciato a parlare di Lean Production, di produzione snella in aziende snelle che più snelle non si può. Al punto che molte di esse sono diventate anoressiche.

Oggi è di gran moda soprattutto come modo per tagliare costi, il che molto spesso significa ridurre il personale proprio perché si fa lavorare personale esterno. "Outsourcing" in italiano viene spesso interpretato in termini di: "fatelo voi che a me viene da ridere, non mi va proprio di farlo...". Nulla di più sbagliato e di più certo per perdere competitività.

L'outsourcing è qualcosa di molto più importante, delicato ed al contempo pericoloso che un semplice strumento per dare smalto al conto economico.

L'outsourcing è una leva strate-

gica per operare cambiamenti importanti, per avviare ed alimentare le trasformazioni organizzative e racchiude tre componenti: qualità dell'assistenza, diffusione della cultura organizzativa e responsabilità accompagnata dalla possibilità di fornire prove di ciò che si sta facendo (accountability) di cui la Sanità pubblica italiana ha un enorme bisogno (1).

Tradizionalmente si suddividono le funzioni aziendali in "core" e "non core" (2).

"Core" significa "Nucleo". Le funzioni "core" sono quelle centrali, essenziali per sostenere la competitività dell'impresa, dei suoi prodotti, servizi e processi.

Il concetto di "core business" va di pari passo con l'assunto che il massimo livello di efficienza viene raggiunto verificando e revisionando continuamente il proprio sistema organizzativo ed operativo e delegando nella maggiore misura possibile ogni funzione non specifica per il proprio contesto operativo a chi ha progettato e si è organizzato per svolgerla al meglio.

In Italia la pratica cosiddetta di esternalizzazione, ovvero di delega a terzi di funzioni non specifiche, è di uso consolidato da molto tempo nelle organizzazioni industriali e, più in genere, nelle organizzazioni orientate al profitto e gestite sulla base dell'iniziativa privata. Nelle forme organizzative della Pubblica Amministrazione ha sempre incontrato ostacoli per problemi di natura formale e sostanziale. Fra i primi, l'impossibilità di evitare il ricorso a pratiche onerose ed estremamente rigide di individuazione degli eventuali partner e la mancanza di ele-

**PAROLE CHIAVE:**

outsourcing, core business, organigrammi

KEY WORDS:*outsourcing, core business, organigrams*

menti normativi certi capaci di identificare le possibili forme di collaborazione. Fra i problemi di natura sostanziale, da citare l'impossibilità:

- ▶ di procedere a pesanti riorganizzazioni in un ambiente fortemente condizionato da meccanismi a garanzia della conservazione delle prerogative professionali tanto estrema da rendere immobile, ancor più che rigida, la struttura funzionale ed operativa;
- ▶ di far riferimento ad esperienze consolidate, di valutarne gli esiti e di verificare la praticabilità di ipotesi di ottimizzazione;
- ▶ di risultare coerenti con una specie di principio etico non dichiarato, ma pervasivo che impone a ciò che è pubblico di evitare contaminazioni con ciò che è privato;
- ▶ di far comprendere che anche per le istituzioni pubbliche vale la regola del profitto essendo questo da interpretare come conseguimento di livelli ottimali di efficienza a esclusivo vantaggio della comunità e non di singoli soggetti (3).

A differenza di quanto si registra nelle altre articolazioni della pubblica amministrazione, nel sistema sanitario pubblico italiano, verosimilmente in virtù del processo di aziendalizzazione che lo ha caratterizzato, le pratiche di affidamento a terzi sono, invece, consolidate.

Al giorno d'oggi, la necessità di collocarsi su livelli di efficienza sempre maggiori; l'ingresso nella pratica corrente di modalità di relazione con partner privati sempre più variegate ed innovative; l'apertura nel contesto normativo

di nuovi spazi in virtù della delega dei poteri legislativi alle Regioni; la richiesta di sempre più ampie collaborazioni da parte di partner privati; la consapevolezza che la gamma di funzioni delegabili può diventare molto più ampia e coinvolgere settori di attività fino a poco tempo fa ritenuti "sacri ed inviolabili", spingono a tentare di definire in modo concreto ed operativo quale sia il core business delle aziende sanitarie (3).

Per meglio comprendere il tema del core business va introdotto il concetto di competenze distintive, ovvero esperienze e capacità diversificate grazie alle quali le aziende si distinguono dalle altre. E' importante che le aziende abbiano un nucleo che in maniera forte ed evidente caratterizzi l'azienda stessa e sul quale si possa investire.

Sempre in tema di core business occorre trattare l'argomento tecnologia e le modalità di accumulo delle conoscenze all'interno delle aziende. Spesso il termine tecnologia assume soltanto il significato di attrezzatura: accumulo di know how e di conoscenza in riferimento a macchine più o meno sofisticate. Sotto il profilo manageriale con questo termine s'intende l'accumulo delle conoscenze specifiche e particolari che s'immagazzinano e si sviluppano nelle aziende (4).

Come si generano le competenze professionali?

Individuando le competenze distintive è possibile aumentare la capacità di sviluppare pertinenze specifiche all'interno dell'azienda. Il tema dello sviluppo tecnologico e dell'accumulo di co-

noscenza risulta essere maggiormente focalizzato su alcune attività, in modo da rendere il processo strategico.

Elementi determinanti al fine di una buona riuscita manageriale restano le strategie operative e gli investimenti.

Per ciò che concerne il core business, gli investimenti futuri rappresentano dunque la chiave di volta.

Ma dove focalizzarli? Su cosa investire? Perché investire? Come mantenere le competenze distintive alte? Come generare una migliore risposta ai bisogni?

La valutazione delle risorse immateriali viene generalmente considerata poco importante e quindi risulta praticamente assente in sanità. L'identificazione della caratterizzazione dell'attività della singola azienda sanitaria risulta essere un elemento focale e non deve essere considerato solo un processo aziendale, ma deve coinvolgere in maniera diretta le autonomie regionali e le organizzazioni sociali in modo da creare una Governance che abbia la capacità di unire i molteplici e differenti interessi che convergono sulla sanità al fine di arrivare a pensare la sanità come tema di *Core Activity*.

La nozione di "core business" è ad assetto variabile, non è stabile perché le aziende si focalizzano e rifocalizzano in funzione del contesto esterno essendo delle autorganizzazioni complesse adattative (5), dunque dinamiche.

Il "core business" viene inteso come quell'area d'attività nell'ambito della quale si produce in modo rilevante valore.

Se il "core business" è l'area dove si produce valore si può affermare che l'azienda è interessata a tenere al suo interno tutto ciò che produce quel valore in modo da conservarlo per i propri azionisti. Un'organizzazione imprenditoriale non è dunque interessata ad esternalizzare quelle parti dell'organizzazione in cui la pro-

duzione di valore è alta. Il problema è che essendo importanti gli elementi immateriali che contribuiscono a generare valore nelle organizzazioni di servizio alla persona, diventa difficile esprimere una definizione univoca di valore.

Quando si ragiona di *outsourcing* è meglio operare una distinzione diversa e parlare di funzioni “differenziali” e “non differenziali”. Nulla che fare con la matematica e con le equazioni. Il concetto è molto più semplice ed essenziale. Una funzione è differenziale se, associata ad un processo, prodotto o servizio, fa o non fa la differenza agli occhi del cliente finale. Occorre distinguere le funzioni in base al criterio della loro visibilità da parte dei clienti.

Domanda: al mio cliente gliene importa qualcosa di quanto sono bravo a gestire paghe e stipendi o gli interessa quanto è buono il prodotto che gli vendo, il servizio che erogo? Risposta banale ma non per questo ovvia, al punto che molte aziende non danno la risposta giusta. Si diventa grandi e competitivi quando si eccelle nelle cose che differenziano e si fa un ottimo lavoro in tutte le altre.

Dunque si può e si deve dare in *outsourcing* le funzioni che non differenziano, per potersi concentrare sulle altre, quelle fondamentali, che differenziano.

Deve essere però assolutamente chiaro che dare in *outsourcing* non significa che non occorre più avere un presidio interno di quanto viene dato in *outsourcing*.

Al contrario. Bisogna saperne più di prima. Altrimenti non è possibile valutare la qualità, l'efficacia, l'efficienza, l'economicità di quanto viene fatto dall'*outsourcer*. Non solo. Occorre essere comunque e sempre proattivi. Il futuro non si subisce e il cambiamento non si gestisce. Entrambi occorre progettarli e mettere a punto la loro esecuzione.

I due aspetti fondamentali su cui

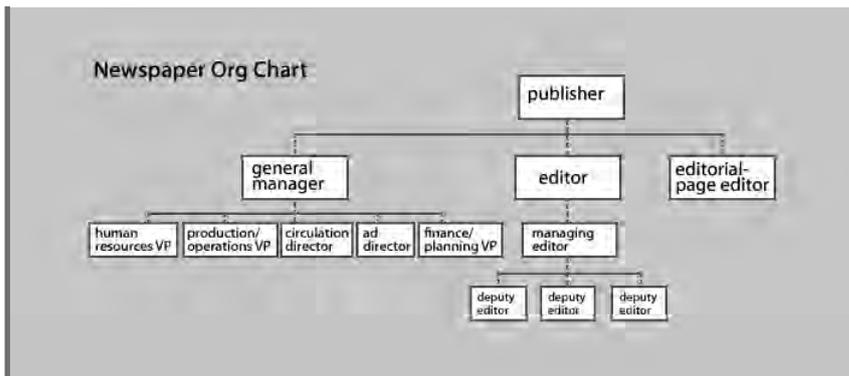


Fig. 1 Organigramma

deve concentrarsi una qualsivoglia organizzazione sono il servizio al cliente e lo sviluppo dei prodotti/servizi/processi.

Per individuare quali funzioni rientrano sotto questi due aspetti fondamentali un possibile approccio è quello che prevede di utilizzare la metodologia degli Organigrammi (6) (7).

Prendiamo ad esempio lo schema riportato in figura 1: è il classico organigramma di un'azienda, nella fattispecie un giornale quotidiano.

Organigramma, altresì conosciuto come “mappa organizzativa” o “mappa dell'organizzazione”. Oggetto mitico, conosciuto a pochi: normalmente conservato nella preziosa ed inviolabile cassaforte del Capo del Personale viene tirato fuori se, e solo se, occorre individuare il soggetto a cui attribuire la colpa di qualcosa che è andato male.

In questa rappresentazione assumono uguale importanza funzioni quali la gestione delle risorse umane, l'amministrazione e finanza, gli acquisti o i sistemi informativi gestionali. Altra domanda: ma voi, quando comprate il vostro quotidiano, ad esempio “Il Corriere della Sera”, lo acquistate perché sapete che gestisce il personale o i sistemi informativi o l'amministrazione e controllo meglio di quanto non faccia “La Repubblica”?

Oppure lo comprate per altri motivi? Ad esempio per i contenuti,

per come è impaginato, stampato, per la pubblicità presente....? Anche in questo caso la risposta è ovvia. Lo acquistate in base alle funzioni che voi, il cliente, considerate differenziali, che differenziano il prodotto, ovvero che danno valore al prodotto.

Un valore che voi, cliente, riconoscete in termini di prezzo che siete disposti a pagare per acquistarlo. Occorre dunque passare dalla logica e dalla rappresentazione convenzionale dell'organigramma all'organigrafo.

Lo stesso quotidiano, o meglio la sua struttura organizzativa, cambia totalmente di aspetto se lo si legge in termini di organigrafo (fig. 2). Leggere l'organigrafo, dopo averlo costruito in modo corretto ponendosi nell'ottica del cliente e non del Capo del Personale, permette di vedere quali sono le funzioni che non devono essere considerate “core”, perché non partecipano direttamente alla costruzione del valore percepito e dunque non contribuiscono al posizionamento competitivo ed alla sua crescita e sostenibilità nel tempo. Nel caso del quotidiano, emerge chiaramente che non è da dare in *outsourcing* la stampa. Nulla di più sbagliato che condividere le stesse rotative con un quotidiano concorrente.

Torniamo all'organigrafo. Nel caso del quotidiano potete ragionare di dare in *outsourcing*, alle condizioni sopra accennate, ovvero di saperne sempre almeno

Organigraph of a Newspaper

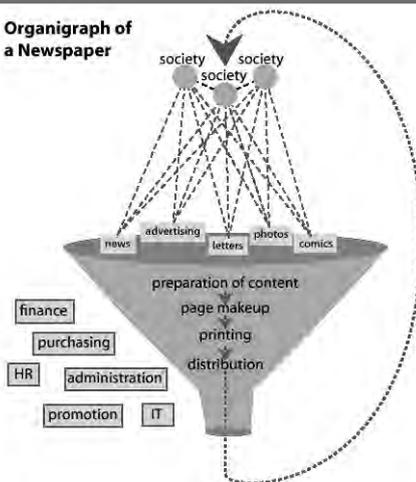


Fig.2 Organigrafo

altrettanto del vostro outsourcer, funzioni quali la finanza, l'amministrazione, la raccolta pubblicitaria.

Occorre una nuova comprensione di cosa sia l'outsourcing. Non si tratta di fare svolgere una funzione d'impresa all'esterno. Si tratta di acquistare un servizio se, e solo se, le dimensioni di scala, efficienze di processo, tecnologia, altri fattori economici sono tali da rendere altamente improbabile che la soluzione fatta in casa possa competere in termini di qualità e costi da quella acquistata. Non solo. Quando un'azienda è disposta ad acquistare un servizio considerato "fondamentale", ad esempio Finanza e Controllo di Gestione, invia un messaggio molto chiaro e forte sulle sue intenzioni di considerare il cambiamento e l'innovazione in modo molto, molto serio. L'outsourcing può ed è un potente catalizzatore per processi di cambiamento. Se, e solo se, l'outsourcer provider è un soggetto che condivide gli obiettivi, i rischi e i benefici.

Che nessuno cada nella trappola di pensare che i cambiamenti siano rapidi. Occorre un orizzonte temporale minimo dell'ordine di grandezza di cinque anni. Da suddividere in intervalli temporali più brevi ognuno dei quali porta il conseguimento di vittorie parziali, indispensabili per sostene-

re il processo di cambiamento. L'azienda che affida una o più funzioni non differenziali ad un outsourcing provider deve controllare la strategia, la definizione delle politiche e le decisioni di investimento.

Al contempo deve porre grande attenzione a non perdere il controllo e la visibilità di quanto viene dato in outsourcing. L'outsourcer è responsabile solo delle operazioni e dei processi.

Gli elementi che devono guidare la decisione di dare in outsourcing possono essere categorizzate in base alla necessità di:

- ▶ acquisire conoscenze non disponibili inerenti a processi, funzioni o tecnologie
- ▶ migliorare i livelli di servizio
- ▶ aggiungere capacità in modo rapido
- ▶ risolvere colli di bottiglia operativi, funzionali o tecnologici
- ▶ ridare allo staff interno attenzione alle competenze "core"
- ▶ accelerare i benefici implementano in modo rapido servizi o progetti
- ▶ ridurre i costi in specifiche aree funzionali
- ▶ ridurre costi operativi ripetitivi
- ▶ consentire trasformazioni e nuove strategie di business.

L'outsourcing fornisce strategie efficaci per:

- ▶ realizzare il valore del business
- ▶ ridurre i costi operativi e migliorare l'efficienza
- ▶ migliorare il time-to-market e la capacità di rispondere alle richieste dei clienti
- ▶ migliorare la flessibilità e la capacità di adattamento alle modifiche delle dinamiche di mercato
- ▶ accedere a competenze critiche e all'abilità di riallocare le risorse in modo dinamico
- ▶ migliorare processi e standards
- ▶ migliorare la capacità competitiva.

COME FARE?

Come passare dalla teoria alla pratica? Occorre metodo, pazienza e tempo. Un pò di fortuna non guasta mai.

In primo luogo devono essere presenti le condizioni di base per avviare un processo di cambiamento. Perché di questo si tratta. Con l'aggravante che non può e non deve essere un progetto "una tantum". Si tratta di mettere in posto un sistema dinamico, evolutivo e dunque continuo.

Soprattutto condiviso. Non si possono imporre i cambiamenti. Se qualcuno viene spinto, la sua prima reazione, assolutamente ontologica, è quella di resistere. Pensate ad esempio come vi comportate se qualcuno per strada vi spinge. Istintivamente vi irrigidite, fate opposizione. Ben diversa è la vostra reazione se vi capita di vedere per terra, di fronte a voi, una banconota da dieci euro. Accelerate il passo per raccoglierla il prima possibile. Nel primo caso siete spinti, nel secondo siete attratti.

I processi di cambiamento di successo sono quelli basati su attrattori. L'attrattore più semplice da individuare è un problema. Purché sia veramente un problema. Per essere tale, occorre che ci sia l'evidenza di qualcosa che manca, o che non è all'altezza delle aspettative, o che sta per guastarsi in modo irreparabile o troppo costoso da riparare.

Non è un problema se non è misurabile. Servono dunque delle metriche oggettive.

Sapere che qualcosa non va e sapere perché e quanto, non basta. Occorre anche l'evidenza dell'urgenza. In altri termini occorre valutare e presentare l'evidenza del tempo a disposizione per implementare una soluzione.

Terzo componente indispensabile perché un problema sia un problema, è la disponibilità delle risorse. Siano esse monetarie, di persone, infrastrutture o servizi.

IL PROCESSO DI OUTSOURCING SI INNESCA CON L'ESECUZIONE DELLA DECISIONE, OVVERO DELLA SOLUZIONE AD UN DETERMINATO PROBLEMA.

Parafrasando la pubblicità: "No risorse, No problema...."

Una volta definito in base ai tre criteri sopra descritti -evidenza dell'esistenza di una lacuna; tempo di intervento e risorse- il problema, il passo successivo è identificare i criteri di analisi del problema.

Se, ad esempio, il problema è il rinnovare il parco macchine dei PC portatili in uso, dopo avere presentato l'evidenza che su 20 macchine 10 sono guaste, che 20 macchine non bastano perché sono state assunte 10 nuove unità che ne hanno bisogno, che il budget viene chiuso fra tre settimane e che o si decide adesso l'acquisto oppure occorre attendere l'anno prossimo, che si hanno sufficientemente soldi in cassa per emettere l'ordine, occorre definire i criteri di analisi della soluzione del problema.

Ovvero che PC portatili acquistare. Se i PC sono utilizzati dalla forza vendita che gira di negozio in negozio, allora occorre che siano leggeri; se invece vengono usati in cantiere, rinunciò alla leggerezza per la solidità e l'impermeabilità. Se li uso prevalentemente in ufficio, il peso non conta. Diventa più importante la capacità di memoria. Se i venditori ogni sera tornano in ufficio per scaricare gli ordini, allora non importa che siano particolarmente affidabili. Se si guastano possono prenderne uno sostitutivo a fine giornata. Se invece tornano in ufficio una volta alla settimana, allora l'affidabilità è essenziale.

Se li prendo in leasing oppure se li noleggio, cambia la valutazione sul prezzo di acquisto. E così via. I criteri vanno definiti in fun-

zione del problema. Attenzione a non modificare i criteri in corso d'opera, ovvero di analisi del problema. Cambiare i criteri significa cambiare il problema. Troppo spesso lo si vede fare, in perfetta buona fede, per scoprire poi che la soluzione elegante e razionale non risolve un bel nulla. Definito il problema ed i criteri, occorre assegnare a questi ultimi dei pesi. I pesi vengono stabiliti in base alle conoscenze del decisore, alla sua esperienza ma anche in base al suo "istinto". Guai a prendere decisioni unicamente in modo razionale e scientifico. La combinazione di criteri e pesi consente di individuare le alternative.

Definite le alternative si sceglie. Spesso si pensa di avere completato l'opera. Invece no. A questo punto inizia l'opera. Non serve a nulla definire il problema, individuare le alternative, selezionare quella ottima in termini di qualità, efficacia ed efficienza, se poi non la si implementa. L'esecuzione della decisione è l'arte del management.

Il processo di outsourcing si innesca con l'esecuzione della decisione, ovvero della soluzione ad un determinato problema.

Una revisione delle pratiche di esternalizzazione fino ad oggi adottate da molte aziende sanitarie con esiti positivi consentono di ritenere che vi sia un'area in cui esistono prove a sostegno del vantaggio derivante dalla delega a terzi delle funzioni in essa compresi.

Esistono infatti prove a sostegno di una maggiore efficienza delle funzioni di lavanderia, gestione della sicurezza, catering, manu-

tenzione, gestione dei parcheggi, gestione delle attività d'informazione, gestione amministrativa generale, quando queste sono svolte da organizzazioni specializzate esterne all'azienda.

E' altrettanto supportato da evidenze il fatto che alla gestione organizzativa ed operativa diretta delle attività assistenziali e cliniche destinate al paziente (prevenzione, diagnosi, terapia, riabilitazione, degenza e funzioni correlate), vero e proprio core service dell'ospedale, non si possa assolutamente rinunciare, sebbene qualche ipotesi sia stata recentemente presa in considerazione in talune realtà.

E' anche scontato affermare che, laddove lo svolgimento di queste funzioni sia richiesto dallo scopo e dalla missione aziendale, la ricerca e la didattica facciano parte delle competenze differenziali.

Esiste un'area grigia, intermedia tra le due descritte che comprende funzioni di cui si sta valutando la possibilità di esternalizzazione ovvero la necessità di mantenimento in capo alla gestione diretta.

L'area grigia comprende le funzioni di dietetica, di sistema informativo ospedaliero, di gestione amministrativa del paziente, di sterilizzazione (8) (9), di archiviazione e gestione delle cartelle cliniche...

Per concludere ricordiamo che operativamente occorre:

1. individuare e definire un problema associato ad un prodotto, processo o servizio dell'organizzazione;
2. identificare i criteri
3. attribuire i pesi
4. definire le alternative
5. valutare le alternative nell'ottica del cliente, valutando quale siano i loro impatti sulla posizione competitiva dell'azienda, sul valore percepito dal cliente e sulla capacità di crescita dell'organizzazione

6. svolgere una valutazione dello spettro delle competenze esistenti in azienda per garantire il presidio di conoscenza di quanto viene dato in outsourcing
7. identificare le metriche indispensabili per il monitoraggio in continua della prestazione svolta dall'outsourcer
8. definire, in base al tempo propri di quanto dato in outsourcing, la periodicità delle revisioni di prestazione.
9. ricominciare dall'inizio, ricordandosi che solo i paranoici sopravvivono.

BIBLIOGRAFIA

1. Panà A; Muzzi A : *Governo clinico (Clinical Governance) e Sanità Pubblica. Ig Sanità Pubbl* 2004; 60:115-120

2. Amadei M; Aparo UL : *L'evoluzione del mercato : l'appalto, le competenze e le responsabilità. Atti 1° Corso nazionale "La sterilizzazione dei ferri chirurgici in outsourcing". Siena 3-4 giugno 2004 :*

3. Montaguti U; Malossi M : *Introduzione dell'Incontro di studio su "Il Core business delle aziende sanitarie" Camogli 27-28 giugno 2003. Supplemento a "Il Sole -24 Ore Sanità". Ottobre 2003; 3-4.*

4. Zangrandi A. : *Il concetto di core business inquadrato nell'ottica e nelle strategie dell'economia aziendale. Supplemento a "Il Sole-24 Ore Sanità. Ottobre 2003; 6-7*

5. Aparo UL; Tabolli S; Aparo A : *Dal meccanico al vivente : la metafora delle organizzazioni. Dedalo Gestire*

i sistemi complessi in sanità. 2003; 1:27-30

6. Mintzberg H; Van Der Heyden L : *Organigraphs: Drawing How Companies Really Work"; Henry Mintzberg, Ludo Van der Heyden; Harvard Business Review, Sept.-Oct. 1999*

7. Aparo UL; Tabolli S; Aparo A : *Gli organigrafi. Igiene e Sanità Pubblica 2003; 3: 137-144*

8. Finzi G; Aparo UL; Campione T : *Outsourcing, insourcing : nuove strategie aziendali. Quale scelta?. GeF 2004; 1:36-37;*

9. Saffiotti C : *L'area grigia del core business delle aziende ssn, ovvero cosa esternalizzare per recuperare risorse. Supplemento a Il Sole 24 ore Sanità 2003 : 10: 19-22*



Il marchio "Linea Flesh" garantisce la qualità e la cura con cui ogni prodotto è stato studiato specificatamente per il suo settore d'impiego. Consegne rapide, accurate ed una assistenza costante completano inoltre il nostro servizio, rivolto sempre di più ad una clientela che fa del pulito la propria immagine di efficienza e serietà.

LINEA FLESH s.r.l. - Via della Concia, 10 - 36071 ARZIGNANO (VI)

MADE IN ITALY

Tel. 0444 672544 r.o. - Fax 0444 672657 - <http://www.lineaflesh.com> - E-mail: info@lineaflesh.com



SAKKO

Mod. Sakko

Struttura in acciaio inox 304/AISI, tubo Ø 22 mm spessore 1,5 mm con ruote girevoli in acciaio inox, con porta sacco.

Mod. da 75 L

Ingombro: altezza cm 85 / profondità cm 71 larghezza cm 50.

Mod. da 120 L

Ingombro: altezza cm 95 / profondità cm 80 larghezza cm 60.

Questi modelli possono (a richiesta) essere forniti con rete a 1° step.



BOING

Mod. Boing

Carrello per rifiuti costruito in lamiera di acciaio inox 18/10 dotato di coperchio comandato da pedallina ed anta frontale per l'estrazione del sacco pieno. Montato su ruote per lo spostamento, è studiato per risolvere le problematiche del rifiuto delle industrie alimentari come previsto dalle norme igienico sanitarie.

Mod. da 60 L

Dimensioni mm 475x420x60

Mod. da 110 L

Dimensioni mm 475x420x67



CONCORDE

Mod. Concorde

Carrello tabolare "Concorde" in acciaio inox 304/AISI con concordo a pedale. Facilmente lavabile e disinfettabile.

Mod. da 75 L

Ingombro: altezza cm 91 / larghezza cm 48 profondità cm 57.

Ruote Ø 100 - Tube Ø 25x1,5

Mod. da 120 L

Ingombro: altezza cm 105 / larghezza cm 54 profondità cm 60.

Ruote Ø 100 - Tube Ø 25x1,5



JUMBO

Mod. Jumbo

Struttura in acciaio Ø 22 mm spessore 1,5 mm

Montato su due ruote girevoli e due tappi o su quattro ruote.

Coperchio in acciaio inox 304/AISI.

Ingombro: altezza cm 90 profondità cm 48 larghezza cm 54.

Kemika

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



I prodotti **Kemika** sono Presidi Medico Chirurgici



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

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

Kemika SPA

Via G. Di Vittorio 35 - CO.IN.DOVA 2 - 15076 Ovada (AL) ITALIA
Tel. (0039)0143-80.894 Fax (0039)0143-82.30.68
www.kemikaspa.com e-mail: info@kemikaspa.com

Da sempre
siete alla ricerca
della perfezione.



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

La sicurezza della sterilizzazione e del riciclo di camici e teli

Lidimed propone un servizio innovativo di riciclaggio (camici e teli) per la protezione individuale del chirurgo del paziente e degli operatori di sala.
Perché innovativo? Perché utilizza solo tessuti performanti ad altissima tecnologia, assicurandone la sterilizzazione e il riciclo, quindi assicurando il massimo risparmio e il più rispetto per l'ambiente.
Perché gestire al progettore sterilizzato all'avanguardia, garantire lo stoccaggio, il confezionamento, la ritirabilità e il lubrificante totale dei suoi prodotti presso il cliente. Perché in poche parole Lidimed unisce sicurezza ed economicità.



La comodità della nuova generazione di tessuti HI-tech

Per i suoi tessuti Lidimed si avvale solo dei migliori materiali utilizzati sul mercato, come il Microfibra Polimerico e soprattutto i tessuti "Lidimed Gore" e "Lidimed". Materiali dalle prestazioni uniche: effetto barriera, grande traspirabilità, capacità elastica, resistenza, morbidezza, minima ingombro e quindi un comfort prima impensabile in sala operatoria.
Lidimed effettua una sterilizzazione unificata ISO 9001:2000 sottoposta a severi verifiche e controlli, assicurandosi una sterilizzazione totale e un risultato per molti anni. Perché dunque tornare a usare i ai tessuti migliori?

La completezza di una gamma per ogni tipologia di intervento

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



Lidimed

Un sistema di vantaggi.

Procedure di controllo per il processo di sterilizzazione a vapore ed applicazione di un sistema di rintracciabilità del prodotto come strumenti di assicurazione di qualità

Riassunto

Scopo degli Autori è quello di sottolineare l'importanza dell'applicazione di un sistema di rintracciabilità dei dispositivi medici sterilizzati per poter consentire di ricostruire tutte le informazioni del dispositivo e di recuperare i dati relativi al corretto svolgimento del ciclo di sterilizzazione. Obiettivo è utilizzare un sistema di rintracciabilità, come specificato dalle norme vigenti, per garantire la sicurezza del paziente.

Summary

*The scope of the authors is that of to underline the importance of the application of a traceability system of medical devices sterilized to be able agree to rebuild all the information of the device and of to recover the relevant data to the correct unwinding of the cycle of sterilization.
The aim is utilize a traceability system to guarantee the safety of the patient.*

N. Manoni, T. Campione

**Direzione Medica Az. Ospedaliero Universitaria di Bologna Pol. S. Orsola Malpighi*

Negli ultimi anni è sempre più sentita dagli operatori coinvolti nel processo di sterilizzazione la necessità di predisporre procedure per la rintracciabilità dei dispositivi sterilizzati all'interno delle strutture sanitarie al fine di poter facilmente recuperare tutte le informazioni correlate ad una necessità di verifica e di poter dimostrare, ove necessario, che il prodotto è stato sterilizzato in conformità alle specifiche inserite nelle procedure aziendali.

Tale esigenza alla legislazione vigente è stata inoltre normata dalla Direttiva europea **93/42/CEE** recepita dall'Italia con il Decreto Legislativo 24 febbraio 1997, n. 46, che richiede di predisporre un sistema di rintracciabilità che permetta di conoscere e rico-

struire la storia del dispositivo sterile, dalla norma **UNI EN 554 (Sterilizzazione dei dispositivi Medici - Metodo per la convalida e per il controllo sistematico della sterilizzazione a vapore)** che specifica che devono essere tenute: "...registrazioni che dimostrino che il prodotto è stato sterilizzato in conformità alle specifiche..." e recentemente dalla norma **UNI EN ISO 13485 (Dispositivi medici - sistemi gestione della Qualità - Requisiti per scopi regolamentari)** che specifica che: "...l'organizzazione deve predisporre procedure documentate per la rintracciabilità del prodotto...".

Per poter facilmente registrare ed archiviare le informazioni di cui sopra, sono stati sviluppati sistemi di rintracciabilità manuali e computerizzati. I sistemi computerizzati sono più

completi e consentono di registrare i parametri di sterilizzazione e/o di lavaggio direttamente dalle attrezzature utilizzate oltre che di recuperare le informazioni relative ai dispositivi processati in modo più semplice e veloce. E' evidente che i sistemi computerizzati hanno una migliore applicazione ove esiste una Centrale di Sterilizzazione.

Un sistema di rintracciabilità deve registrare informazioni relative a:

- ◆ data di produzione
- ◆ data di scadenza
- ◆ n° dell'autoclave
- ◆ numero e tipo del ciclo
- ◆ tipologia di prodotto
- ◆ sigla o nome dell'operatore

Le etichette utilizzate devono pertanto riportare le informazioni sopra indicate ed essere facilmente leggibili da parte di qualsiasi operatore; l'utilizzo di simboli conformi alla norma UNI EN 980 possono facilitarne la comprensione.

La registrazione di tali informazioni consente di ricostruire la storia del dispositivo riprocessato e di recuperare i dati relativi al corretto svolgimento del ciclo di sterilizzazione ed al rispetto e raggiungimento dei parametri impostati per lo stesso.

Pertanto ciò non soddisferebbe la norma UNI EN 554 che richiede: "registrazioni che dimostrino che il prodotto è stato sterilizzato in conformità alle specifiche..." ; per questa ragione è necessario predisporre precise procedure di controllo ed archiviare i risultati relativi ai singoli cicli di sterilizzazione. Ne deriva che quotidianamente è necessario effettuare dei controlli



PAROLE CHIAVE: sistema di rintracciabilità, dispositivi medici, sterile, sicurezza del paziente

KEY WORDS: traceability system, medical device, sterile, safety of the patient

che dimostrino il corretto funzionamento dell'autoclave utilizzata (Vuoto test, test di Bowie and Dick conforme alla norma UNI EN 867-1 e 4 ed eventualmente con frequenza da stabilire in procedura test biologici conformi alla norma UNI EN 866-1 e 3).

In ogni singolo ciclo deve essere controllato il raggiungimento ed il mantenimento dei parametri di sterilizzazione impostati di ogni singolo lotto componente il carico mediante utilizzo di sistemi non biologici per l'uso in sterilizzatrice conformi alla norma UNI EN 867-1.

E' fondamentale sottolineare che per dimostrare la sterilità dei dispositivi medici sottoposti a processo di sterilizzazione in modo inequivocabile dovrebbero essere:

1. utilizzate solo attrezzature (lavastumenti, termosaldatrici, autoclavi, ...) convalidate
2. Applicate procedure di controllo del bioburden (carica batterica) e delle situazioni ambientali in conformità alla norma UNI EN 14698-1 (*Camere bianche ed ambienti associati controllati - controllo della Biocontaminazione - Principi generali e metodi*).
3. Dimostrate la ripetibilità dei cicli di lavaggio, di confezionamento, di termosaldatura e di sterilizzazione applicati a carichi il più possibile standardizzati.

E' necessario per uniformarsi alla Normativa vigente che la struttura sanitaria dimostri l'esecuzione di tutti i controlli del caso e che è stata applicata una procedura di controllo e tracciabilità.

A tal proposito la norma **UNI EN**

ISO 13485 che specifica i requisiti per un sistema per la gestione della qualità che possa essere utilizzato da un'organizzazione per la progettazione e sviluppo, la produzione, l'installazione e l'assistenza dei dispositivi medici, nonché per la progettazione, lo sviluppo e l'erogazione dei servizi correlati, dispone che l'organizzazione deve convalidare tutti i processi produttivi e di erogazione di servizi e predisporre procedure documentate:

- ◆ per la convalida dei processi di sterilizzazione,
- ◆ per l'identificazione del prodotto,
- ◆ per la rintracciabilità del prodotto.

Alla definizione delle registrazioni richieste per la rintracciabilità, l'organizzazione deve includere le registrazioni di tutti i componenti, i materiali e le condizioni ambientali, quando queste potrebbero far sì che il dispositivo medico non soddisfi i suoi requisiti specificati. Per rendere completo ed affidabile un sistema di rintracciabilità oltre che a procedere alla **precisa ed inequivocabile identificazione di ogni singola confezione per mezzo di etichette specifiche**, che possono essere prodotte manualmente (rintracciabilità manuale) o con l'utilizzo di un software specifico (rintracciabilità computerizzata), devono essere controllate alcune variabili e devono essere registrate informazioni relative a:

- ◆ Controlli (test) effettuati sull'autoclave;
- ◆ Efficienza e funzionalità della termosaldatrice;

- ◆ Raggiungimento ed il mantenimento dei parametri di sterilizzazione impostati all'interno di ogni singola confezione componente il carico mediante utilizzo di sistemi non biologici per l'uso in sterilizzatrice conformi alla norma UNI EN 867-1.

Uno schema di sistema di rintracciabilità che segua il flusso delle fasi operative così come si presenta agli operatori, con le soluzioni, che riteniamo più adatte allo scopo e per ogni singola fase anche con il relativo sistema di registrazione ed archiviazione, deve comprendere gli elementi di seguito riportati:

A) TEST FUNZIONALITA' AUTOCLAVE

I test di controllo da effettuare sono:

- ◆ Vuoto test
- ◆ Test di Bowie and Dick (obbligatorio)
- ◆ Controlli biologici (consigliati)

A.1) TEST DI BOWIE AND DICK

Il test di Bowie and Dick verifica la completa rimozione dell'aria dalla camera dell'autoclave e la penetrazione del vapore all'interno di un pacco poroso standardizzato.

Sono disponibili test alternativi al test standard di Bowie and Dick descritto nella norma UNI EN 285, tali test possono essere monouso o riutilizzabili e devono essere conformi alla norma UNI EN 867-4.

Sono proposti anche test che invece di riprodurre il carico poroso definito dalla UNI EN 285 verificano la penetrazione del vapore attraverso un apparato tubolare collegato ad una camera in metallo od in materiale plastico all'interno della quale viene posizionato un indicatore; questo tipo di test però non è ancora stato descritto compiutamente dalle normative europee e dovrebbe

essere normato nella revisione della Uni EN 285 attualmente in fase di discussione.

A.2) CONTROLLI BIOLOGICI

I test biologici permettono di verificare l'inattivazione di ogni microrganismo vivente, sia esso patogeno e non, in fase vegetativa o di spora, mediante utilizzo di strisce contenenti spore di *Bacillo Stearothermophilus* come previsto dalle norme UNI EN 866.

B) IDENTIFICAZIONE CONFEZIONI PER MEZZO DI ETICHETTE

Al momento del confezionamento si deve applicare un metodo atto a identificare tutti i dispositivi, o meglio tutte le confezioni (container riutilizzabili, buste, rotoli, confezioni in carta crespata e tessuto non tessuto) che saranno processate all'interno di uno stesso carico (ciclo). Identificare tutti i dispositivi è necessario ed indispensabile per sapere:

- ◆ da chi e quando sono stati confezionati
- ◆ in che autoclave sono stati sterilizzati
- ◆ che ciclo è stato applicato
- ◆ chi ha rilasciato il carico
- ◆ su che paziente i dispositivi sono stati utilizzati
- ◆ che controlli sono stati effettuati sull'autoclave
- ◆ che controlli sono stati effettuati sulle variabili di sterilizzazione applicate nel singolo ciclo

Si deve evidenziare che le etichette utilizzate per la rintracciabilità, dovrebbero comunque consentire l'applicazione sui fogli di archiviazione (tracciabilità manuale) e sulle cartelle paziente ed essere preferibilmente stampate con un indicatore di processo conforme alla norme EN 867-1 e 2.

Nel caso di utilizzo di rintracciabilità manuale su una delle con-

fezioni componenti il carico dovranno essere applicate due etichette, una delle quali verrà utilizzata per identificare il carico stesso sul foglio di documentazione giornaliera che verrà utilizzato in forma cartacea od in forma ottica computerizzata come sistema di archiviazione.

C) CONTROLLO DEL CONFEZIONAMENTO

Si ritiene importante controllare anche che il metodo di confezionamento utilizzato offra garanzie per il mantenimento della sterilità del dispositivo processato poiché, ad esempio, non avrebbe senso sterilizzare un dispositivo confezionato in una busta termosaldabile non perfettamente chiusa.

C.1) CONFEZIONAMENTO IN BUSTE E/O ROTOLI TERMOSALDABILI

E' consigliabile effettuare un test di controllo giornaliero su ogni singola termosaldatrice utilizzando appositi sistemi giornalieri per controllo della saldatura. Inoltre far validare la saldatura effettuata dalle termosaldatrici utilizzate, in base ai disposti della norma EN 868-5, almeno due volte all'anno.

C.2) CONFEZIONAMENTO CON DOPPIO INVOLUCRO IN CARTA CRESPATA O IN TESSUTO NON TESSUTO

Nel caso di utilizzo di fogli di carta crespata o di tessuto non tessuto, certificati dal fabbricante conformi alle norme di riferimento europee UNI EN 868-1 ed UNI EN 868-2, si deve dimostrare che il metodo di piegatura utilizzato fornisce le debite garanzie.

A tal scopo è consigliabile utilizzare sempre un doppio involucro e applicare il metodo di piegatura ortogonale indicato nella norma DIN 58953.

C.3) CONFEZIONAMENTO IN CONTAINERS METALLICI RIUTILIZZABILI

Nel caso di utilizzo di container metallici riutilizzabili, certificati dal fabbricante conformi alle norme europee UNI EN di riferimento, è necessario dimostrare che il container utilizzato è adeguatamente controllato prima di ogni utilizzo per quanto riguarda la garanzia di tenuta (stato della guarnizione, assenza di microfratture...) ed adeguatamente mantenuto (cambio dei filtri secondo quanto indicato dal fabbricante ...).

A tale scopo dovrebbero essere istituite ed applicate rigide procedure di controllo e manutenzione e le registrazioni susseguenti dovrebbero essere archiviate utilizzando fogli di registrazione manuale od un sistema di archiviazione ottica computerizzato.

D) CONTROLLO DEI PARAMETRI DI STERILIZZAZIONE

Il controllo può essere effettuato inserendo un indicatore a variabile multipla od un integratore in tutte le confezioni considerate più critiche per verificare il raggiungimento dei parametri di sterilizzazione (tempo, temperatura, vapore).

Esistono però confezioni che non consentono l'immediata lettura degli indicatori/integratori posizionati al loro interno che saranno verificati solo al momento dell'utilizzo in sala operatoria.

Per questa ragione sono stati sviluppati dei sistemi di controllo del carico (PCD: Process Control Device) che riproducono condizioni di carico critico (cavo o misto cavo/poroso) e che consentono di rilasciare il carico verificando l'indicatore contenuto all'interno del PCD stesso.

Nel caso in cui, in sala operatoria si riscontri un viraggio non cor-

retto degli indicatori/integratori inseriti nella confezione, il dispositivo non dovrà essere utilizzato e sarà compito della sala operatoria segnalare l'accaduto allegando all'indicatore non correttamente virato l'etichetta di rintracciabilità presente sulla confezione al fine di consentire, in caso di necessità, il richiamo di tutti i dispositivi processati nello stesso ciclo. Un sistema di rintracciabilità è un metodo che permette di gestire e documentare l'efficienza e la qualità dell'attività di sterilizzazione, dimostrandosi uno strumento di controllo del servizio stesso in tutte le sue fasi sia che esso venga effettuato all'interno dell'ospedale, sia che esso sia esternalizzato, ed una garanzia per una maggiore sicurezza e tutela del paziente e degli operatori.

BIBLIOGRAFIA

Decreto Legislativo 24 febbraio 1997, n. 46 "Attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici."

Norma UNI EN 554 (Sterilizzazione dei dispositivi Medici - Metodo per la convalida e per il controllo sistematico della sterilizzazione a vapore)

Norma UNI EN 556 (Sterilizzazione dei dispositivi Medici - Requisiti per i dispositivi che recano l'indicazione sterile).

Norma UNI EN 866-1 (Sistemi biologici per la prova delle sterilizzatrici e dei processi di sterilizzazione - Requisiti generali)

Norma UNI EN 866-3 (Sistemi biologici per la prova delle sterilizzatrici e dei processi di sterilizzazio-

ne - sistemi particolari per l'uso in sterilizzatrici a calore umido)

Norma UNI EN 867-1 (Sistemi non biologici per l'uso in sterilizzatrici- Requisiti generali)

Norma UNI EN ISO 13485 (Dispositivi medici - sistemi gestione della Qualità - Requisiti per scopi regolamentari)

Norma UNI EN 14698-1 (Camere bianche ed ambienti associati controllati - controllo della Biocontaminazione - Principi generali e metodi).



AP medical Medical waste solutions

Contenitori monouso e imperforabili per rifiuti acuminati e taglienti e rifiuti ospedalieri speciali.

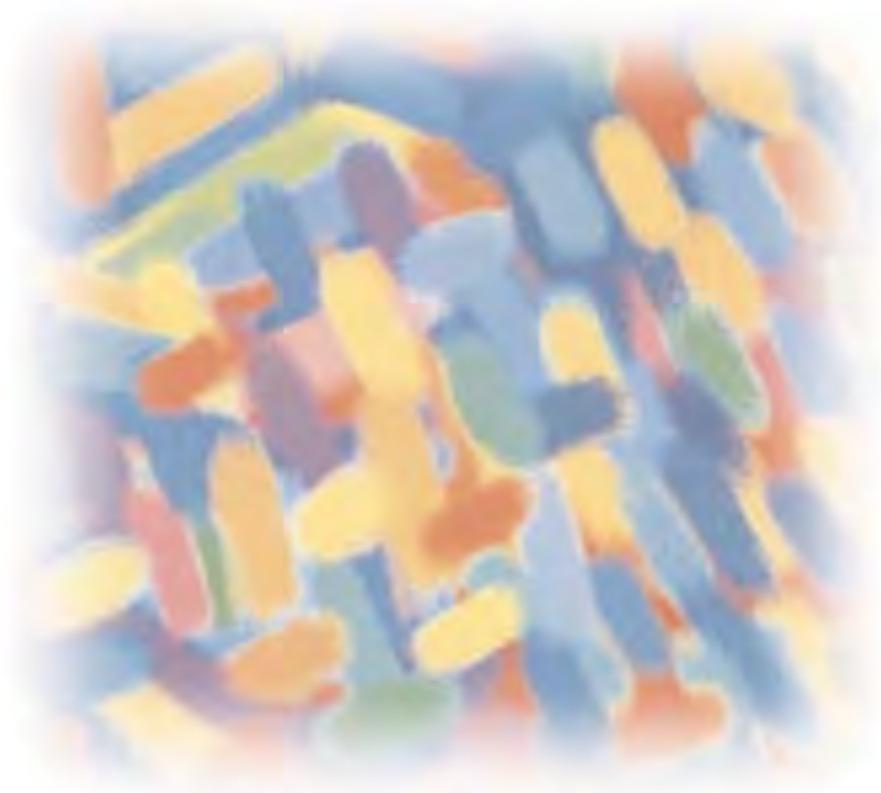
BS CS PBS NURSY

Arredo Plast SgA - Via Ing. G. Tallero, 2 - 31024 Roncadelle di Omello (TV) - Tel. +39 0432 205611 - Fax +39 0432 205616 - www.apmedical.it - info@apmedical.it



PADANA EVEREST

detergenza tessile



Noleggio Biancheria

Noleggio Abiti Sanitari

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

**Gestione Guardaroba-Raccolta
e distribuzione biancheria**

Disinfezione

Sterilizzazione

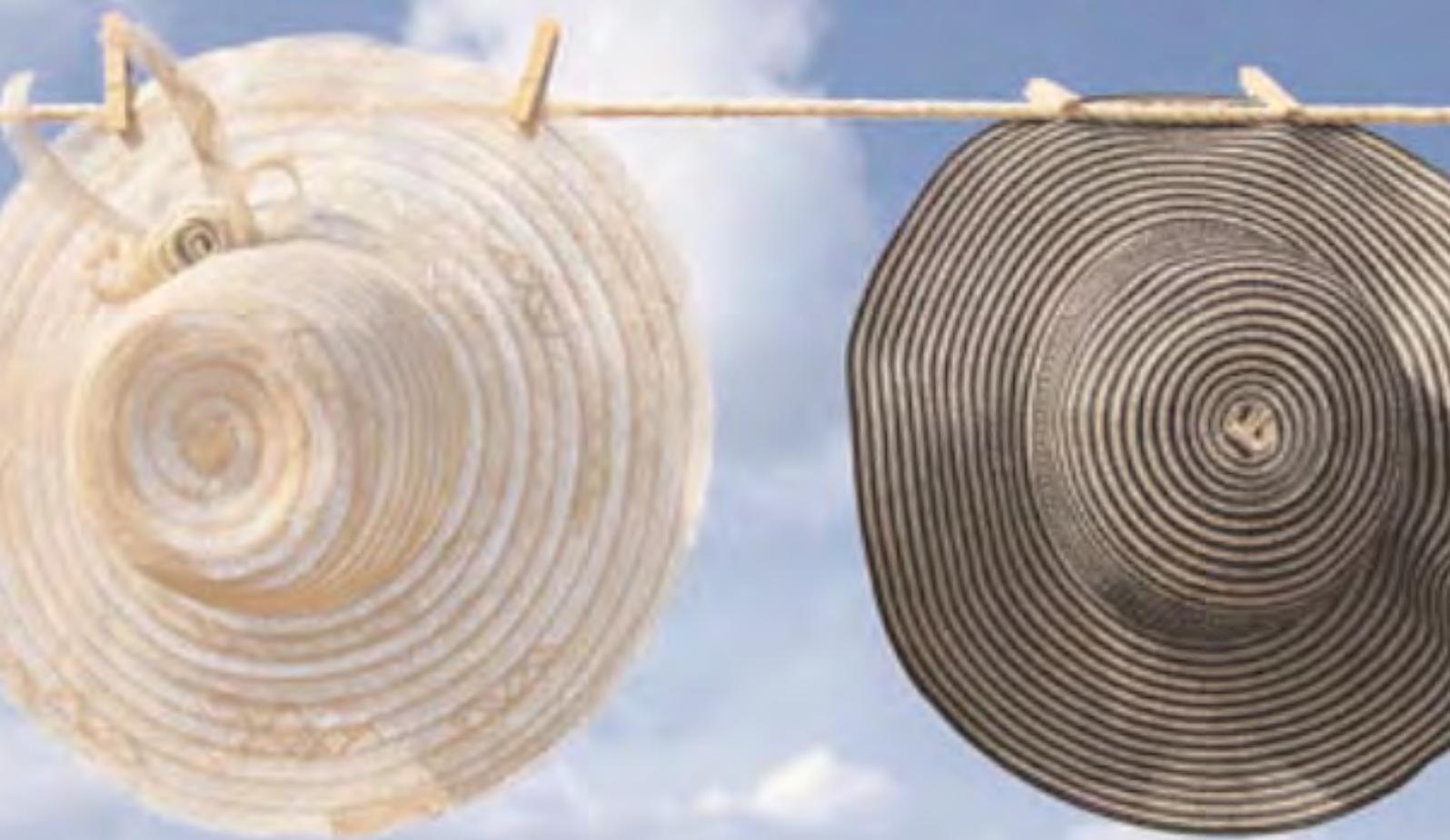
Noleggio materassi e guanciali



prodotti e sistemi di lavaggio professionali



LINEA LAVANDERIA SEPCA



i risultati si commentano da soli!



Dove solo l'acqua non basta

Ottimi prodotti frutto dell'esperienza maturata in 37 anni di ricerca.

- 1) - La garanzia totale del pulito con il miglior punto di bianco del mercato.
- 2) - I costi di lavaggio più bassi mai ottenuti.
- 3) - Assistenza impianti di dosaggio effettuata dai ns. tecnici.

Tutto questo è "GLOBAL SERVICE".



Richiedi il catalogo generale dei prodotti semplicemente inviando un e-mail all'indirizzo: sepc@sepc.it

SEPCA - via g. Rossa, 13 - 42023 Cadefibosco sopra (re) - Italia tel. +39 0522 911000 - fax +39 0522 911051 - www.sepca.it



La degenza Post Acuzie, un ponte fra ospedale e territorio

Riassunto

Gli autori affrontano il problema della crescente tendenza verso l'ospedalizzazione della popolazione anziana, che nella nostra società occidentale copre il 50% di tutti i ricoveri ospedalieri. Presentano la loro esperienza di attività di ricovero in una struttura di recente istituzione da parte dell'Azienda Ospedaliera Policlinico di Modena. Seguendo le direttive della Regione Emilia-Romagna, la struttura è destinata al trasferimento di degenti in fase di post-acuzie esclusivamente dalle unità per acuti sia mediche che chirurgiche del Policlinico di Modena. Si avvale di una propria piccola équipe di sanitari (internisti, geriatri) che lavorano in stretto contatto con personale infermieristico e specialisti della riabilitazione, affrontando la globalità dei problemi assistenziali, giovandosi della valutazione multidimensionale, della programmazione per obiettivi e delle verifiche di outcome.

I risultati documentano come l'approccio multidisciplinare e la programmazione per obiettivi medico-infermieristici integrati, che superano il concetto di assistenza ospedaliera mirata esclusivamente alla cura della patologia acuta, migliorano sensibilmente l'esito in termini clinici di sopravvivenza, di disabilità residua (miglioramento delle attività del vivere quotidiano, ADL) e di incidenza di riospedalizzazione, in relazione alla casistica trattata. Un'ultima considerazione riguarda l'abbattimento dei costi dell'assistenza in tale unità e la soddisfazione verificata dei degenti, dei loro familiari e del personale medico-infermieristico dedicato.

Summary

The authors are faced with the challenge of the increasing trend towards hospitalisation of the elderly population, which in our western european countries account for over 50% of all the admissions.

They present the model of a recently instituted post-critical care unit, set up in the University Hospital "Policlinico di Modena", Modena, Italy. Following the regional guidelines proposed in the Emilia Romagna region the unit was devoted to hospitalized patients, transferred from both medical and surgical units in a post critical phase. A specific medical team of internal and geriatric medicine hospitalists, together with nursing and rehabilitation teams, apply multidisciplinary and multidimensional scaling and outcome-measuring processes.

The results demonstrate that such multidisciplinary medical and nursing approaches, goal settings, planning assistance and modifying traditional and limited disease-oriented approaches have produced significant improvements of the expected outcomes. These concern survival from severe and multiple diseases and recovery from disabilities, as measured by pre- and post-discharge activities of daily living (ADL) and the incidence of rehospitalization.

Final crucial considerations regard lowering of the assistance costs in such new unit and the increasing satisfaction of patients, families and the employed staff.

E. Rocchi, R. Lugli, L. Marri, A. Callegaro*, A. Scacchetti, G. Casalgrandi, G. Pieroni*

Dipartimento di Medicina e Specialità Mediche Università di Modena e Reggio Emilia, Degenza Post Acuzie, Azienda Ospedaliera Policlinico di Modena

* Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera Policlinico di Modena

INTRODUZIONE

Il progressivo aumento dell'età media della popolazione riguarda anche il nostro Paese, al pari di molte realtà europee. Regioni come l'Emilia Romagna rappresentano situazioni in cui questo fenomeno assume dimensioni rilevanti (nel 2002 la popolazione anziana di età > 65 anni era il 21,8%)¹.

Negli ultimi anni, si è osservata una crescita esponenziale di ricoveri in Ospedale di soggetti anziani affetti da patologie croniche altamente invalidanti², senza contare che di solito la frequenza di ricoveri e la degenza media della popolazione in età senile sono almeno doppie rispetto al resto della popolazione adulta³.

Esiste una stretta correlazione tra invecchiamento, comorbidità e perdita funzionale.

Nell'anziano infatti, a causa del ridotto compenso omeostatico, una determinata malattia, invece di presentarsi con i sintomi e i segni ad essa peculiari, si manifesta con una generale compromissione funzionale⁴.

Tale fenomeno ha portato a sottolineare il concetto di Medicina che pone al centro dell'attenzione il "Malato", non la "Malattia", in tutta la sua complessità clinica, biologica, sociale, psicologica e funzionale, in un'ottica di valutazione prettamente di matrice geriatrica, quale la valutazione multidimensionale, con la quale si mira ad individuare la prevalenza degli aspetti sanitari o socio-sanitari dell'anziano al fine del raggiungimento o del mantenimento dell'autonomia⁵.

In letteratura si parla di "anziano fragile" per la coesistenza di più fattori quali l'età molto avanzata, la



PAROLE CHIAVE: attività del vivere quotidiano, degenza Post acuzie, dimissioni critiche, lungodegenza, obiettivi assistenziali, valutazione multidimensionale

KEY WORDS: *activities of daily living, post critical care-unit, planned hospital discharge, post critical care medicine, goal settings, multidisciplinary and multidimensional scaling*

comorbilità, la politerapia, la presenza di dipendenza funzionale, l'elevato rischio di ospedalizzazione o dell'inserimento in Strutture Protette, il basso stato socio-economico e la presenza di sindromi geriatriche (delirium, decubiti, allettamento, rischio di cadute)⁶.

I bisogni assistenziali dell'anziano spesso non si esauriscono nel problema acuto che ha determinato l'ospedalizzazione del soggetto, ma persistono nel tempo e necessitano di una continuità assistenziale che prevede un approccio integrato di tipo socio-sanitario⁷⁻⁹ fra ospedale e territorio.

Nel 1997 la Giunta della Regione Emilia Romagna ha emanato la direttiva n. 1455 che ha visto nascere la realtà dell'Assistenza Post-Acuzie nella rete ospedaliera regionale intesa come una fase di assistenza che opera in collegamento funzionale e operativo, sia con l'area dell'assistenza per acuti, sia con la rete dei servizi territoriali.¹⁰

Il presente studio è mirato ai seguenti obiettivi:

1. Valutazione del grado di soddisfazione aziendale rispetto alla richiesta di posti letto di lungodegenza post-acuzie
2. Definizione della casistica trattata in particolare per quanto concerne la complessità clinica ed assistenziale
3. Valutazione dei percorsi assistenziali con particolare riferimento alla modalità di dimissione
4. Individuazione di indicatori clinici e funzionali che identifichino i risultati in termini di recupero della salute e riduzione delle disabilità connessi a tale attività di degenza
5. Valutazione dei costi dell'attività di ricovero in relazione al peso

e complessità assistenziale (punteggio DRG prodotto).

MATERIALI E METODI

La Struttura di degenza Post Acuzie

La presente ricerca clinica e gestionale è svolta nell'ambito dell'attività di Ricovero della Struttura Semplice di Degenza Post Acuzie (DPA) che assolve la funzione di lungodegenza e degenza post acuzie all'interno dell'Azienda ospedaliera-universitaria Policlinico di Modena, dopo i primi nove mesi di attività a pieno regime - dal Settembre 2002 al Giugno 2003 - ed a 3 anni dalla sua istituzione.

La struttura di ricovero con funzione di lungodegenza post-acuzie è una Struttura Semplice a direzione medica universitaria, con organico medico proprio, appartenente al Dipartimento Integrato di Medicine e Specialità Mediche, istituita dall'Azienda Ospedaliera Policlinico di Modena nell'anno 2000, in ottemperanza al disposto della Legge 382/96 ed alla Direttiva regionale 1455/97. Tale unità di ricovero esclusivamente di lungodegenza post-acuzie, operativa con 25 posti letto dal settembre 2002, separata logisticamente e funzionalmente da altre Unità di ricovero dell'Azienda, ricovera esclusivamente per trasferimento di degenti da Unità per acuti della stessa azienda, che rientrano nella tipologia definita a livello regionale. In particolare il disposto della direttiva regionale 1455/97 è stato condiviso da una commissione aziendale che ha ulteriormente definito la tipologia dei degenti trasferibili identificando in particolare: degenti con diagnosi definita in fase di post-

acuzie, non stabilizzati (con pluri-patologie e/o instabilità clinica) e degenti in fase di post-acuzie relativamente stabilizzati, ma con necessità di elevata assistenza infermieristica, che giustifichi la necessità di ricovero ospedaliero. I criteri di accesso e di esclusione definiti a livello aziendale sono presentati nella Tabella I. Nell'Unità in esame si attua un *trattamento riabilitativo di struttura*, mentre la funzione di riabilitazione individualizzata di tipo estensivo o intensivo è deputata ad altra struttura aziendale, contemporaneamente istituita.

Su richiesta scritta delle diverse Unità di ricovero aziendali il degente viene trasferito dopo che un'equipe medico-infermieristica della DPA ha preso visione del degente e ne ha accertato l'appropriatezza e compatibilità con il ricovero in DPA.

A tal fine sono stati definiti i criteri di accesso e di esclusione dalla degenza in DPA, inseriti nelle linee guida aziendali del percorso delle dimissioni protette.

Al momento del trasferimento la presa in carico del degente è totale, sia professionale che assistenziale e gestionale da parte dell'equipe medico infermieristica dedicata. L'organico medico è costituito di tre unità: 1 professore associato universitario, responsabile, convenzionato a tempo pieno come dirigente di primo livello, 1 dirigente medico ospedaliero di primo livello, 1 medico contrattista: tutti sono Specialisti in Gerontologia e Geriatria e sono presenti anche competenze specialistiche in ambito cardiologico e gastroenterologico. La copertura assistenziale delle urgenze mediche notturne e festive è assicurata da personale medico di una unità internistica specialistica attigua.

L'organico infermieristico è costituito da n.10 unità di cui una con funzione di Referente organizzativa capo-sala, n. 6 OTA (Operatori tecnici ausiliari) e n. 1 unità di personale ausiliario. La disponibilità di fisioterapisti per trattamenti riabili-

TABELLA I. CRITERI DI ACCESSO E DI ESCLUSIONE DALLA DEGENZA POST ACUZIE (DPA).

- 1. Criteri e modalità di Accesso in DPA**
 - 1.1 Pazienti con inquadramento diagnostico già definito o programmato e con programma terapeutico delineato.
 - 1.2 La priorità di accesso in funzione dei posti-letto disponibili è stabilita di norma dalla data di registrazione. In particolare saranno accettati:
 - 1.3 Degenti trasferiti da altre U.O. del Policlinico di Modena che necessitino di un carico assistenziale compatibile con le capacità di risposta complessive della DPA.
 - 1.4 Degenti di unità medico-chirurgiche e specialistiche per i quali è previsto l'obiettivo di un recupero funzionale attraverso il proseguimento di cure mediche e/o di riabilitazione di struttura in regime di ricovero.
 - 1.5 Degenti che siano in attesa di trasferimento in strutture protette residenziali esterne e/o di dimissione.
 - 1.6 E' predisposta ed allegata scheda di proposta di trasferimento in DPA da compilarsi a cura dell'Unità proponente quale atto formale indispensabile
 - 1.7 Il trasferimento sarà concordato direttamente tra i responsabili del paziente delle unità proponenti ed il personale medico della DPA per pazienti di competenza internistica.
 - 1.8 Il medico proponente insieme al referente della DPA e al Coordinatore infermieristico valuteranno le richieste, attivando ogni iniziativa necessaria a definirne l'appropriatezza anche attraverso visite di consulenza, e decideranno il trasferimento del paziente, il suo inserimento in lista di attesa in carenza di posti-letto o la non appropriatezza del ricovero in DPA .
- 2. Criteri di esclusione dal ricovero in DPA**
 - 2.1 Possibilità di raggiungimento degli obiettivi della DPA in ambiente extraospedaliero (RSA,ADI, Case protette...).
 - 2.2 Necessità di assistenza medico-internistica o specialistica continuative o intensive.
 - 2.3 Irreversibilità del quadro clinico, con impossibilità anche di modesti interventi di recupero, prevedibile aggravamento a breve termine tale da richiedere assistenza medica continuativa ed intensiva (tracheostomia).
 - 2.4 Condizioni pre-terminali o terminali.
 - 2.5 Disturbi della personalità o del comportamento potenzialmente o prevedibilmente lesivi per il degente o per terzi, che richiedano sorveglianza o assistenza medico-infermieristica continuativa (demenze gravi, problematiche psichiatriche).
 - 2.6 Assenza di posti letto disponibili. Non proponibile l'incremento dei pazienti in carico oltre il numero definito.

tativi individuali è limitata a 3 ore giornaliere globali per tutti i degenti.

MODELLO ORGANIZZATIVO-GESTIONALE

Il modello organizzativo-gestionale interno prevede un piano di lavoro strettamente integrato medici-infermieri e si pone obiettivi assistenziali pianificati all'inizio della degenza ed il piano assistenziale, programmato al momento dell'ac-

cesso viene concordato, e se necessario, verbalizzato e controfirmato dal personale sanitario e dai familiari del degente, se questi non è autosufficiente. La caratteristica gestionale peculiare della struttura è costituita dalla completa integrazione funzionale dell'equipe medico-infermieristica che si realizza con un forte orientamento al risultato clinico mediante i seguenti strumenti operativi:

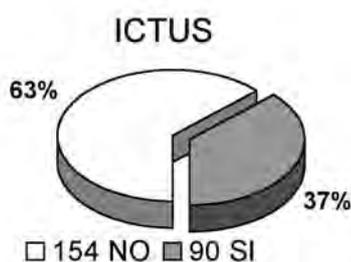
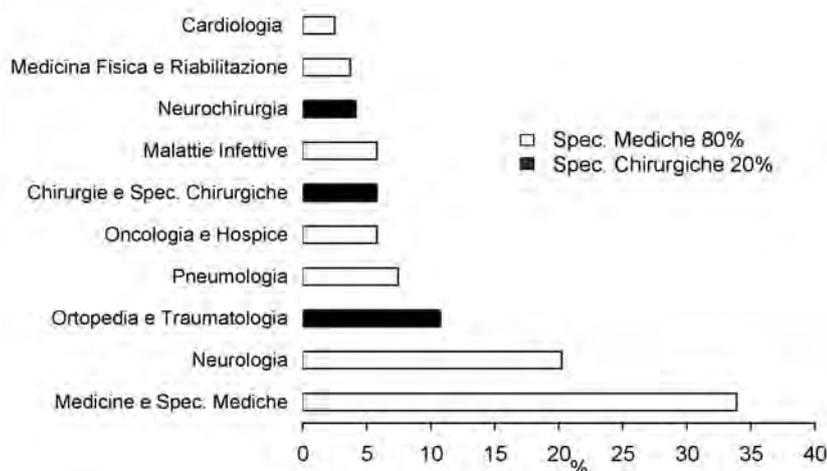
1. la valutazione multidimensionale del paziente;

2. l'individuazione e verifica quotidiana del piano assistenziale di ciascun degente;
3. la costruzione di percorsi assistenziali razionali ed efficaci;
4. l'utilizzo della cartella infermieristica, con relazione di dimissione infermieristica accanto alla relazione medica.

Le procedure operative adottate per piaghe da decubito, mobilitazione, cateterismo vescicale, e gestione delle dimissioni protette sono codificate nell'ambito delle Procedure del Sistema Qualità Aziendale.

Tra gli strumenti operativi abitualmente adottati da segnalare la visita mattutina congiunta fra tutti i medici, la caposala ed un infermiere a tutti i ricoverati; l'audit infermieristico; il monitoraggio delle lesioni da decubito.

Da segnalare anche l'informatizzazione della cartella clinica, che permette una valutazione in tempo reale dell'attività di degenza e l'elaborazione statistica dei dati di ricovero. Ciò è stato realizzato mediante un programma informatico sviluppato all'interno dell'Unità stessa e validato da circa 3 anni di applicazione. L'equipe medico-infermieristica, attraverso un proprio referente organizzativo, con funzione di coordinatore infermieristico, si integra anche strettamente con il Servizio Sociale Aziendale e con i Servizi Socio-Assistenziali territoriali che sono attivati in relazione alle necessità assistenziali post-dimissione. Tali servizi interagiscono direttamente e in vari modi (Unità di Valutazione Geriatrica, dimissioni protette, visita dell'equipe medico-infermieristica del territorio) nella realizzazione del percorso assistenziale extraospedaliero. Da segnalare anche l'ubicazione logistica dell'Unità in un nuovo padiglione realizzato con standard ospedalieri per la degenza di Malattie infettive e quindi con spazi e sistema di condizionamento adeguati. I degenti sono sistemati in camere a due letti munite di confort di tipo alberghiero, servizi igienici, televi-



sione, filodiffusione. Un sistema di video controllo è stato installato, col contributo di Enti privati, in ogni degenza ed offre la possibilità di monitoraggio visivo dei degenti dalla guardiola infermieri.

ANALISI DEI COSTI

L'analisi dei costi relativi all'attività della Degenza Post Acuzie è stata effettuata attraverso la rilevazione della contabilità analitica nel corso dell'anno 2002. Essendo l'U.O. in un luogo fisico specificamente individuato, senza sovrapposizioni con altre attività, si ritiene che la ri-

levazione dei costi in contabilità analitica possa essere sufficientemente precisa. I fattori produttivi considerati nell'analisi sono:

Costi diretti

Costo del personale: 1 unità di personale medico ospedaliero e 1 unità di personale medico universitario. Il dato medio di personale infermieristico dedicato è di 9 unità e 6 medie di personale del ruolo tecnico (OTA): questi profili professionali sono stati valorizzati a costo standard.

Beni di consumo: questa voce è costituita per la voce più consistente dai medicinali, presidi medico chi-

(a lato) Diagnosi associate, presenza di allettamento obbligato e possibilità riabilitative della casistica in esame.

(in basso) Altri parametri indicativi della complessità assistenziale della casistica in esame. OS: orale, SNG: sonda nasogastrica, PEG: perendoscopic gastrostomy, CVC: catetere venoso centrale.

urgici e materiale di medicazione. **Servizi:** tali costi sono costituiti dalle spese per servizi appaltati (mensa degenti e dipendenti, pulizie, facchinaggio), costi per la formazione del personale, noleggi e service.

Manutenzioni e ammortamenti: si tratta di quote di costi per manutenzioni e ammortamenti di attrezzature informatiche, mobili e attrezzature sanitarie.

Spese amministrative: costi per acquisto stampati e cancelleria

Acquisto di prestazioni intermedie: il costo relativo al consumo di prestazioni diagnostiche di laboratorio e radiodiagnostiche oltre che le consulenze da altri reparti sono state valorizzate alla tariffa del nomenclatore tariffario nazionale per le prestazioni ambulatoriali assumendo la tariffa riconosciuta come prezzo d'acquisto.

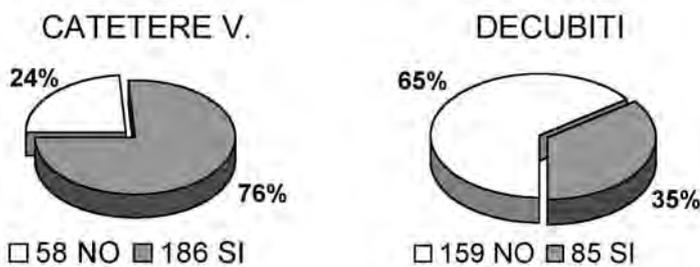
RISULTATI

I risultati sono presentati nelle Tabelle II-IV e nelle Figure 1-4.

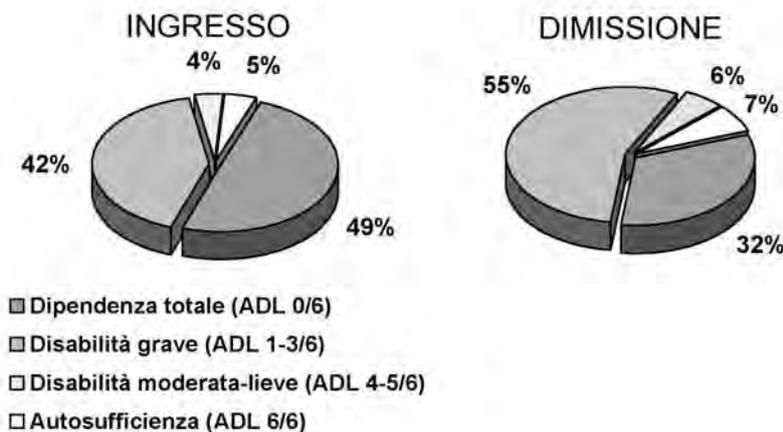
Nel periodo in esame sono pervenute 384 richieste di trasferimento in DPA dalle varie unità per acuti del Policlinico di Modena e i degenti trasferiti sono stati 259, con una soddisfazione del 67,45 % delle richieste stesse ed in un periodo medio di 7 giorni (Tabella II).

Degno di nota il fatto che tra i degenti non trasferiti 37, pari al 9,63% delle richieste, sono deceduti e 56 degenti (14,59 %) sono stati trasferiti ad altre unità, rispettivamente entro 5 e 7 giorni. Quindi si può ritenere che la necessità di trasferimento in DPA per questo ulteriore 25 % dei degenti non fosse congrua in relazione al decesso in tem-

Provenienza dei pazienti ricoverati in Degenza Post Acuzie.



Distribuzione della casistica esaminata all'ingresso e alla dimissione rispetto alla classificazione ADL (Activities of Daily Living).



più brevi, né strettamente necessaria in relazione alla possibilità di altra destinazione entro 1 settimana. Si può comunque sottolineare che per oltre il 90% dei degenti per cui è richiesta la funzione ospedaliera di lungodegenza o di post acuzie, l'occupazione ulteriore di un posto letto in unità per acuti non sia andata oltre la settimana dal momento della richiesta. Inoltre l'8,33% delle richieste non è risultato compatibile (aggravamento della malattia, estrema instabilità clinica). Analizzando ora i dati relativi ai degenti effettivamente trasferiti, da notare che il 78% circa è stato di-

messo, mentre il 15,83% è deceduto (Tabella II), rimanendo una quota di 15 degenti ricoverati al termine dello studio, che non entrerà nelle valutazioni di seguito elencate. Esaminando le modalità di dimissione è da registrare come una discreta percentuale di degenti (20,2%) sia dimessa a domicilio in via ordinaria e che le dimissioni protette raggiungano il 60%: 33,5% a domicilio e 26,1% in strutture extraospedaliere (RSA, Case protette); circa un 20,2% è stato trasferito in altre unità per acuti della nostra o di altre aziende e di questi almeno la metà è stato trasferito in Riabilita-

zione per la prosecuzione ed intensificazione del programma riabilitativo (Tabella II). Per quanto si attiene al tasso di mortalità precisiamo che in reparti di lungodegenza-riabilitazione estensiva (nella stragrande maggioranza associati) della Regione Emilia-Romagna si aggira intorno al 19,5% globalmente valutato, e corrisponde al 18% nelle strutture pubbliche e al 21% nelle strutture private. Pertanto ci sembra che il tasso di mortalità pari al 15,8% nella nostra struttura, considerata l'età e la tipologia dei degenti (v.oltre) sia del tutto soddisfacente, anche in considerazione del fatto che si tratta di una lungodegenza e degenza post acuzie senza la componente di riabilitazione estensiva -che di norma riguarda pazienti selezionati e clinicamente stabili- e con un valore di punto medio di DRG pari a 1,72, mentre tale valore è di 1,34 nella casistica regionale di confronto (Relazione Assessorato regionale alla Sanità 29/09/'03). Esaminando ora più in dettaglio la casistica stessa vediamo che la provenienza è per l'80% da reparti internistici: dalle Medicine per il 33%, dalla Neurologia per il 20% (25% se si comprende la Neurochirurgia); mentre solo il 20% proviene da reparti chirurgici (dall'Ortopedia per il 10%) (Figura 1). L'ampia distribuzione delle Unità di provenienza sta ad indicare la tipologia interdepartimentale della struttura stessa. Di seguito sono riportate anche le principali diagnosi di dimissione (Tabella III) a dimostrazione che si tratta di degenti con patologie preminentemente internistiche, tra cui spiccano gli incidenti cerebrovascolari (21,3%), l'insufficienza cardiaca (12,7%), ma altrettanto sono rappresentate le malattie maligne (13,1%) e le fratture di segmenti scheletrici (12,3%). Da segnalare però che è caratteristica comune della maggioranza dei degenti la pluripatologia, per cui il numero medio di diagnosi riportate nella relazione di dimissione è di 5,2. Tra le patologie di rilievo e di

TABELLA II. STRATIFICAZIONE DELLE RICHIESTE DI TRASFERIMENTO E DEI DEGENTI TRASFERITI IN DEGENZA POST ACUZIE (DPA) IN FUNZIONE DELL'ESITO E DELL'INTERVALLO TRASCORSO TRA RICHIESTA E TRASFERIMENTO O TRA RICHIESTA ED EVENTI CHE HANNO IMPEDITO IL TRASFERIMENTO STESSO, NEL PERIODO CONSIDERATO

	Età media (aa.)	N.	%	Intervallo (gg.)
RICHIESTE di trasferimento (Maschi 45%, Femmine 55%)		384	100,00	
DECEDUTI pre-trasferimento		37	9,63	5
DIMESSI pre-trasferimento		56	14,59	7
NON COMPATIBILI		32	8,33	
TRASFERITI DPA (Maschi 45%, Femmine 55%)	78,4	259	67,45	7
RICOVERATI (al 30/06/2003)		15	5,79	
DECEDUTI	82	41	15,83	
DIMESSI	78	203	78,38	
Dimissione Ordinaria a domicilio		41	20,20	
Dimissione Protetta a domicilio		68	33,50	
Dimissione Protetta in Struttura		53	26,10	
Trasferimento ad altra Unità Osp.		41	20,20	

più frequente incontro sono la demenza (prevalentemente di tipo vascolare) nel 68 % dei casi e l'ictus nel 37% (Figura 2). Tanto che la maggioranza dei degenti è permanentemente allettata (72 %) e nell'impossibilità di perseguire un percorso riabilitativo estensivo (67 %) (Figura 2).

Ciò rende ragione della complessità assistenziale anche di tipo infermieristico: il 76% dei pazienti è portatore di catetere vescicale e in percentuale di poco inferiore presenta incontinenza fecale, e il 35% presenta lesioni da decubito di grado maggiore (Figura 3).

Anche l'alimentazione, pur essendo orale in 2/3 dei degenti è comunque assistita in oltre la metà, mentre un 25 % necessita di sonda naso-gastrica, di PEG (percutaneous endoscopic gastrostomy) in percentuale minore e di alimentazione parenterale in percentuale ancora minore (7,8 %) (Figura 3). Tale ultima via è sconsigliabile nella casistica prevalente di anziani cro-

nicamente malati, per cui il primo impegno assistenziale che ci siamo posti, anche ai fini di una deospedalizzazione in tempi congrui, è la rimozione della alimentazione parenterale centrale.

All'interno della valutazione multidimensionale della casistica in esame, abbiamo individuato alcuni indici che dessero ragione da un lato della complessità assistenziale e dall'altro dei risultati ottenuti durante il ricovero in DPA in termini di miglioramento clinico e di recupero dell'autosufficienza o almeno della riduzione dei livelli assistenziali necessari. A tal fine abbiamo utilizzato la classificazione ADL (Activities of Daily Living) che valuta sostanzialmente l'autosufficienza o meno in 6 funzioni di base (bagno, igiene personale, vestirsi, muoversi, continenza sfinteriale, alimentazione)⁵. Tale valutazione è stata eseguita al momento dell'accesso e della dimissione dalla nostra Unità.

I risultati ottenuti (Figura 4) documentano come il 49,5% dei degenti

fosse totalmente non autosufficiente all'ingresso (0/6) e come alla dimissione tale quota fosse scesa al 32,3%, mentre erano incrementate non solo la quota immediatamente vicina di gravemente disabili, ma anche le quote di disabilità più lievi: ciò ad indicare che una buona percentuale (almeno il 40%) recuperava mediamente una o più funzioni nella scala ADL (Figura 4). Ciò pare un risultato significativo perché è noto come l'ospedalizzazione protratta oltre le 2 settimane di soggetti in età avanzata (il caso di tutti i nostri degenti) sia invariabilmente seguita dalla perdita di almeno una o più funzioni di base⁵, il che complica o impedisce la dimissione dall'ambiente ospedaliero. E' stata fatta inoltre una valutazione dell'appropriatezza dei percorsi assistenziali extraospedalieri proposti alla dimissione dalla nostra Unità Operativa. Tale valutazione è stata ottenuta considerando la differenza tra i ricoveri precedenti e successivi al ricovero indice per gli stessi pazienti che indirettamente esprime anche la "tenuta" del miglioramento delle condizioni cliniche nel post dimissione. Sono stati presi in esame 67 pazienti dimessi dalla DPA nei primi 3 mesi del presente studio (Ottobre-Dicembre 2002) e sono stati computati i ricoveri ospedalieri di questi pazienti nei nove mesi precedenti (Gennaio- Settembre 2002) rispetto al ricovero considerato in DPA e nei nove mesi successivi la dimissione dalla DPA (Gennaio-Settembre 2003). Sono risultati globalmente 69 ricoveri nei nove mesi precedenti e rispettivamente 49 ricoveri nei nove mesi successivi. Anche se il numero dei casi è limitato riteniamo che una riduzione del 30% dei ricoveri nell'arco di nove mesi per pazienti che sono transitati in DPA sia un dato che permette di affermare che le cure fornite ed i percorsi assistenziali post ricovero perfezionati durante la degenza in DPA siano stati realmente appropriati in termini di riduzione della successiva necessità di

TABELLA III. DIAGNOSI PRINCIPALE DI DIMISSIONE

DIAGNOSI PRINCIPALE	N.	%
Ictus ischemico+emorragico	52	21,31
Tumori maligni	32	13,11
Insufficienza cardiaca	31	12,70
Fratture (femore, bacino)	30	12,30
Demenza (vascolare)	19	7,79
Emorragia cerebrale + ematoma	13	5,33
Complicanze digestive	10	4,10
Politrauma (+trauma cranico)	6	2,46
Insufficienza respiratoria + BPCO	5	2,05
Embolia polmonare	4	1,64
Tubercolosi	4	1,64
Coma (post anossico, meningo-encefalite)	4	1,64
Altre diagnosi	34	13,93
Totale	244	100,00

TABELLA IV. DATI DI FLUSSO E DI CODIFICA DEL SISTEMA DI RIMBORSO ADOTTATO (DRG) DELLA CASISTICA NEL PERIODO IN ESAME

Giornate di degenza osservate	5990
Durata media degenza	24,5
Valorizzazione DRG degenza ordinaria	2.267.578
Valore medio caso trattato	9.293
Valorizzazione giornate in Lungodegenza	784.362
Punti DRG	420,91
Peso Medio Degenza Ordinaria	1,72
Casi con DRG ad alta complessità	66
Tasso occupazione posti letto	90,0%

ospedalizzazione.

Il dato è tanto più rilevante se si considera che il ricovero indice che ha portato al trasferimento nella unità in esame, è sempre motivato da episodi severi di malattia, come sopra delineato, per cui sarebbe lecito ipotizzare che successivamente le necessità di ricoveri dovessero aumentare piuttosto che diminuire. Per quanto concerne i dati di flusso, da segnalare come la degenza media sia stata nel periodo in osservazione di 24,5gg. (Tabella IV), in linea con le casistiche miste di degenza post acuzie e riabilitazione estensiva a livello regionale: 22,3gg. nelle strutture pubbliche e 25,9gg. nelle strutture private. Dall'analisi dei costi si evince che

il costo medio per giornata di degenza pari a 156,15 euro a cui viene sommata una quota di costi generali e comuni pari al 7% , per la copertura dei costi di struttura non direttamente attribuibili all'U.O. (Tabella IV).

DISCUSSIONE

Tali risultati del tutto significativi sono stati ottenuti da un'equipe medico-infermieristica ben integrata, anche se esigua in termini numerici: infatti il rapporto infermieri per paziente è di 0,4 (0,46 a livello medio regionale per reparti prevalentemente misti, quali i PARE, unità di ricovero di pazienti in fase di Post Acuzie e di Riabilitazione Estensi-

va), certamente con minor complessità assistenziale. Un ultimo dato a favore di una più che soddisfacente integrazione e soddisfazione professionale nell'Unità in esame è il basso turn-over infermieristico, nonostante la gravosità anche dell'attività fisica richiesta per l'assistenza e la mobilitazione di degenti prevalentemente allettati e non autosufficienti. La continua integrazione professionale medici-infermieri si è dimostrata vincente nel prevenire i fenomeni di stress, che spesso gravano su reparti ad intensa necessità assistenziale. D'altro canto la motivazione del personale ha reso possibile lo sviluppo di percorsi formativi interni che hanno portato alla realizzazione della cartella e della relazione infermieristica alla dimissione, - particolarmente utile agli operatori sanitari dei servizi del territorio - e alla formulazione di un manuale in corso di stampa per l'assistenza a pazienti non autosufficienti, dedicato ai familiari stessi. In questo ultimo anno si stanno anche realizzando attività occupazionali di minima per pazienti in grado di essere mobilitati. Il costo pieno per giornata di degenza è pari a 156,15 euro. Tale costo è di 50-100 Euro inferiore rispetto a degenze internistiche che hanno un peso medio di degenza ordinaria intorno a 1, quindi sensibilmente inferiore al peso medio dei degenti nella nostra unità pari a circa 1.7. Si consideri che alla fine dell'anno 2002, a seguito dell'aumento di posti letto nella struttura è stato inserito un medico con contratto libero professionale: le economie di scala derivanti dall'ampliamento del reparto hanno mantenuto invariati i costi. L'Unità di Degenza post Acuzie del Policlinico di Modena assolve la funzione di lungodegenza e di post acuzie in modo più che soddisfacente: in considerazione della dimensione attuale almeno il 70% delle richieste di trasferimento trova risposta entro una settimana. La casistica trattata, pur selezionata sulla base dei criteri regionali, si di-

mostra tuttavia molto complessa da un punto di vista della prevalenza e severità delle patologie internistiche trattate ed impegnativa da un punto di vista assistenziale per la incidenza di soggetti totalmente non autosufficienti (50%), allettati (70%) e nell'impossibilità di percorsi riabilitativi personalizzati. Le modalità di dimissione sono infatti di tipo protetto (in struttura o a domicilio per oltre il 50% dei casi). Un punto di possibile miglioramento dell'Unità, alla luce dei risultati presentati quanto all'incidenza di pazienti allettati con necessità di riabilitazione, potrebbe essere la disponibilità di personale dedicato alla fisioterapia interno all'Unità, in quanto il tempo dedicato da fisioterapisti esterni (3 ore al giorno globali) è largamente insufficiente, una maggior disponibilità di fisioterapisti porterebbe ad accorciare i tempi di degenza.

Il presente studio ha fornito poi alcuni indicatori di sicuro interesse per il monitoraggio della efficacia dei trattamenti espletati in tali unità. La valutazione multidimensionale ed in particolare la comparazione dei livelli di autosufficienza al momento del ricovero e della dimissione (ADL) ha documentato un discreto recupero funzionale in tutte le classi di disabilità, ma soprattutto nei pazienti meno autosufficienti (34%). Anche la riduzione del 30% dei ricoveri nei nove mesi successivi al ricovero in Degenza Post Acuzie, se validata soprattutto in una casistica più ampia, potrebbe rappresentare un indicatore di estremo interesse, fino ad ora mai applicato, ai fini della valutazione dell'efficacia dei percorsi extraospedalieri individuati durante la degenza in una determinata Unità.

BIBLIOGRAFIA

1. Senin U. *Paziente anziano e paziente geriatrico. Fondamenti di Gerontologia e Geriatria.* Napoli: EDISES 1999 pp.42-44.
2. Senin U, Cherubini A, Mecocci P. *Impatto dell'invecchiamento della popolazione sull'organizzazione socio-sanitaria: necessità di un nuovo modello di assistenza continuativa.* *Annali Italiani di Medicina interna.* 2003;18:6-15.
3. Nardi R, D'Anastasio C. *Invecchiamento demografico ed impiego dei farmaci: il ruolo del medico.* In Nardi R e Cavazzuti F. Ed.: *Terapia farmacologica in geriatria basi razionali del trattamento.* Masson, Milano. 1991, pp.3-11.
4. Bush TL, Miller SR, Criqui MH, Barrett-Connor E. *Risk factors for morbidity and mortality in older populations: an epidemiologic approach.* In: *Principles of geriatric medicine and gerontology Hazzard WR et al. (eds.), McGraw-Hill, New York 1994, pp.153-66.*
5. Rubenstein L. *The clinical effectiveness of multidimensional geriatric assessment.* *Journal of American Geriatric Society.* 1983; 31:758.
6. Fried L, Walston J. *Frailty and failure to thrive.* In: Hazzard WR, Bierman EL, Blass JP, Hettinger WH, Halter JB, Ouslander JG, eds. *Principles of geriatric medicine and gerontology.* 4th ed. New York, NY: McGraw-Hill. 1999, pp.241-54.
7. Scianchi T, Meschi T, A.Briganti A, Novarini A, Donati A, Pieroni G, Borghi L, Lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva: studio sul primo anno di attività di un'Unità di Lungodegenza Ospedaliera-Universitaria. *Annali Italiani Medicina Interna.* 2001; 16:32-7.
8. Celin D, Montaguti U, Zanetti M, *Le lungodegenze ospedaliere, Medicina-Riv. EMI.* 1988; 8: 207-14.
9. Wachter MR. *The evolution of the hospitalist model in the United States.* *Medical Clinics of North America.* 2002; 86: 687-706.
10. *Delibera Regione Emilia Romagna N° 1455/1997. Direttiva per i criteri di organizzazione e finanziamento della funzione di lungodegenza post acuzie e riabilitazione estensiva nell'ambito della rimodulazione dell'assistenza ospedaliera nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna.*

Ringraziamenti

Per la collaborazione fornita si ringraziano la Dott.ssa Laura Vigne, Responsabile del Controllo di Gestione, e la D.A.I. Sig.ra Vanna Manzini, Responsabile del Servizio Infermieristico dell'Azienda Ospedaliera Policlinico di Modena.

Parte ospedaliera

Policlinico Le Scotte (SI)

Policlinico Casilino (Rm)

Ospedale Meravigli (Ap)

PONZI
Via Gramsci 26/A
48010 Bogliara (Ra)
☎ 0545 76009
PONZI
SERVIZIO ASSISTATO fax 0545 76027
www.ponzi-in.it
info@ponzi-in.it

III pteexpo '06

6ª FIERA E CONGRESSO
Tecnologie, Prodotti e Servizi per la TERZA ETÀ


Verona, 21-23 Marzo 2006

Nursing '06

2ª FIERA E CONGRESSO
Assistenza infermieristica e riabilitativa



FIN-MARK S.p.A.

Via di Cavallotti 201 - 40128 BOLOGNA

Tel. (051) 419971 - Fax (051) 419972 - info@fin-mark.com - www.fin-mark.com

QUESTO ANNUNCIO NON VI SCIVOLERA' VIA.



Ecco un servizio innovativo a cui aggrapparsi.

E' BONAGRIP, il trattamento antiscivolo per un pavimento sicuro. BONAGRIP riduce sensibilmente gli infortuni causati dalla scivolosità grazie all'alto coefficiente di frizione, che vi mette al riparo contro ogni causa legale relativa ad incidenti di questa natura.

BONAGRIP è perfetto sia in ambiente asciutto che bagnato, interno ed esterno.

BONAGRIP garantisce, grazie al trattamento di mantenimento, l'effetto antiscivolo per 5 anni.

Non corrode e non altera la bellezza dei pavimenti.

BONAGRIP, assieme a BONACLEAN e BONAMAIN è un nuovo programma di pulizia, antiscivolo e mantenimento per strutture pubbliche, ospedali, scuole, terme, banche, uffici, alberghi, centri commerciali e negozi, piscine, polisport, club, ecc. ...

garantito da **BONASYSTEMS™**, azienda inglese leader nella chimica applicata alla manutenzione degli immobili.

BONAGRIP BONACLEAN BONAMAIN sono prodotti
BONASYSTEMS™ distribuiti in Italia da GRIP srl



GRIP s.r.l. - Via S. Maria, 79 - 30025 S. Servolo (PD) - Tel. 0429/541111 - Fax 0429/541112 - Email info@grip.it

La GRIP s.r.l. cerca distributori-applicatori regionali o provinciali.



Extracomunitari: una realtà assistenziale condivisa

Riassunto

Nel lavoro vengono presi in considerazione i dati relativi al fenomeno dell'immigrazione presentando i dati emersi dall'esperienza triennale presso la Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "A. Cardarelli" di Napoli. È stata valutata la richiesta di prestazioni sanitarie, lo stato di accoglienza e le relative problematiche emerse.

Summary

In present work Authors took immigration phenomenon in account by data collected during three years in a national hospital in Naples "A. Cardarelli". They valued request of sanitary services, state of reception and related problems.

A.M. Livolsi, C. Russo , M. Borrelli * , C.Oliviero** , R. Massa ***

A.O.R.N. "A. Cardarelli" -Napoli

* Unità Operativa a Struttura Complessa di Epidemiologia Clinica e Valutativa

** Direzione Sanitaria

LA SITUAZIONE ITALIANA

Il fenomeno dell'immigrazione negli ultimi dieci anni ha assunto una notevole rilevanza. L'Italia è ormai al secondo posto nella Unione Europea per numero di immigrati, preceduta solo dalla Germania. In base ai dati del Ministero degli Interni al 31/12/2001 gli stranieri presenti in Italia sono pari al 2,8% della popolazione totale (circa 1.600.000 persone).

Il 30,4% proviene dai Paesi dell'Europa dell'Est, il 30,1% dall'Africa, il 10,2% dall'America Centro - Meridionale, il 12,7% dall'Asia. Il 67% circa ha un'età compresa tra 19 e 40 anni.

RIFERIMENTI LEGISLATIVI

Dal punto di vista normativo, nella Legge 40 del marzo 1991, poi confluita nel D. Lgs 286 del Luglio 1998 dal titolo "Testo unico della disposizioni concernenti la disci-

plina dell'immigrazione e norme sulla condizione degli stranieri", sono contenute le indicazioni per l'accesso degli stranieri alle prestazioni erogate dal S.S.N.

Nella circolare n. 5 del 24/3/2000 del Ministero della Salute sono indicate le modalità attuative per l'assistenza agli stranieri extracomunitari. Con essa si ribadisce il diritto di tutte le persone italiane o straniere presenti regolarmente o irregolarmente nel paese ad usufruire dell'accesso alle prestazioni del S.S.N.; ciò si concretizza nell'iscrizione all'anagrafe assistiti e conseguente scelta del medico di fiducia, per i regolarmente presenti; per gli irregolari con l'attribuzione di un codice STP (acronimo per Stranieri Temporaneamente Presenti) per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero essenziali.

Per tutti è garantito l'accesso a programmi di Medicina Preventiva con particolare riguardo alla tutela del-

la gravidanza e della maternità, alla salute dei minori, alle vaccinazioni, agli interventi di profilassi internazionale, alla profilassi e cura delle malattie infettive.

MATERIALI E METODI

La fonte dei dati è l'archivio delle Schede di Dimissione Ospedaliera relativo agli episodi di ricovero in regime ordinario e in Day Hospital.

I dati relativi ai pazienti Stranieri Temporaneamente Presenti sono stati estratti dall'intero archivio, sulla scorta del codice STP attribuito e simultaneamente dell'onere della degenza "Stranieri Indigenti a Carico del SSN".

Le variabili considerate nello studio sono di tipo anagrafico: cittadinanza, sesso ed età, e di tipo sanitario: DRG attribuito, durata della degenza, accessi in D. H..

Il periodo considerato va dal 1° Gennaio 2001 al 31 Dicembre 2003. Si è ritenuto opportuno, per aumentare l'attendibilità dei risultati, cumulare i dimessi dei tre anni in esame. La elaborazione è stata effettuata tramite l'impiego di due applicativi Microsoft Access 97 ed Excel 97.

RICORSO ALL'OSPEDALIZZAZIONE NELLA A.O.R.N. "A. CARDARELLI"

La A.O.R.N. Cardarelli è una delle realtà ospedaliere a maggior rilevanza di tutto il meridione con 1277 posti letto come da Piano Regionale Ospedaliero, circa 100000 dimessi annui e circa 150000 prestazioni di pronto soccorso all'anno. Il totale dei dimessi extraco-



PAROLE CHIAVE: *stranieri temporaneamente presenti, schede di dimissione ospedaliera, major diagnostic categories, diagnosis related groups's*

KEY WORDS: *temporarily present foreigners, records of hospital discharge, major diagnostic categories, diagnosis related groups's.*

munitari è 3865. La distribuzione dei dimessi per area di provenienza è riportata in Tabella 1. Si è ritenuto utile suddividere la provenienza in base al continente. Tutti i continenti sono rappresentati anche se con percentuali differenti. All'interno sono elencati i singoli stati riportando i valori assoluti e percentuali sul totale in ordine decrescente. La provenienza maggiormente rappresentata è l'Europa dell'Est (2148) di cui la Ucraina è lo stato con maggiore presenza (48 %). Seguono l'Africa con 956, della quale lo stato più rappresentato è l'Algeria (16.6 %); l'Asia con 487, di cui la maggiore rappresentanza è dello Sri Lanka (57.9%); l'A-

merica Centro - Sud con 273 dimessi, con maggiore rappresentanza del Brasile (19.8%).

Nelle Tabelle 2 e 3 vengono disaggregate le provenienze sulla base del sesso. Si evidenzia che le donne provengono soprattutto dalla Europa dell'Est (67.6 %), gli Stati maggiormente rappresentati sono l'Ucraina (35.5 %) e la Polonia (12 %) che all'epoca della dimissione non apparteneva ancora alla Unione Europea.

Gli uomini provengono soprattutto dall'Africa e dalla Europa dell'Est secondo le seguenti percentuali: Ucraina (14 %), Algeria (8.6 %), Marocco (7.1 %). Ad essi si aggiunge lo Sri Lanka con il 9 %. E'

evidente che mentre le donne provengono con netta prevalenza dall'Europa dell'Est, per gli uomini c'è una distribuzione più eterogenea. Per uno sguardo sinottico è possibile visionare i grafici corrispondenti (Grafico 1 e 2).

Nella Tabella 4 e Grafico 3 vengono suddivisi i dimessi per fasce d'età e per sesso in valore assoluto e percentuale. Vi è una prevalenza del sesso femminile in totale. Il numero dei nati nel periodo considerato è di 26, con prevalenza del sesso maschile. Nella fascia d'età contigua (1-14 anni) si assiste ancora ad una prevalenza del sesso maschile; nelle fasce d'età successive la prevalenza è femminile. La fascia di età maggiormente rappresentata è tra i 25 e 34 anni per ambedue i sessi (35.7 %).

Per quanto attiene alla ospedalizzazione si è calcolato che nel triennio considerato i dimessi STP hanno rappresentato il 13.23/mille dei dimessi totali sia in regime ordinario che in D.H. In particolare i dimessi

AREA DI PROVENIENZA

AFRICA

Nazione	N.ro	%
ALGERIA	159	4.1
NIGERIA	147	3.8
MAROCCO	145	3.8
TUNISIA	99	2.6
GHANA	78	2.0
SENEGAL	54	1.4
BURKINA FASO	50	1.3
CAPO VERDE	35	0.9
COSTA D'AVORIO	24	0.6
SOMALIA	20	0.5
LIBIA	18	0.5
ETIOPIA	16	0.4
EGITTO	16	0.4
BURUNDI	13	0.3
TOGO	12	0.3
GUINEA	9	0.2
ERITREA	8	0.2
Altri Stati	53	1.4
Totale	956	24.7

ASIA

Nazione	N.ro	%
SRI LANKA	282	7.3
CINA	51	1.3
PAKISTAN	39	1.0
FILIPPINE	21	0.5
INDIA	17	0.4
ISRAELE	14	0.4
BANGLADESH	14	0.4
IRAN	7	0.2
GIORDANIA	6	0.2
INDONESIA	5	0.1
ALTRI STATI	31	0.8
Totale	487	12.6

AMERICA CENTRO-SUD

Nazione	N.ro	%
BRASILE	54	1.4
PERU'	50	1.3
COLOMBIA	33	0.9
REPUBBLICA DOMINICANA	33	0.9
CUBA	22	0.6
ARGENTINA	28	0.7
ECUADOR	14	0.4
VENEZUELA	17	0.4
MESSICO	5	0.1
ALTRI STATI	17	0.4
Totale	273	7.1

EUROPA DELL'EST

Nazione	N.ro	%
UCRAINA	1031	26.7
POLONIA	372	9.6
SERBIA-MONTENEGRO	282	7.3
ALBANIA	182	4.7
ROMANIA	88	2.3
MOLDAVIA	63	1.6
RUSSIA	61	1.6
BULGARIA	17	0.4
MACEDONIA	13	0.3
BOSNIA-ERZEGOVINA	10	0.3
CROAZIA	7	0.2
ALTRI STATI	22	0.6
Totale	2148	55.6

OCEANIA

PAPUASIA - NUOVA GUINEA	1	
-------------------------	---	--

TABELLA 1

Area di Provenienza Donne

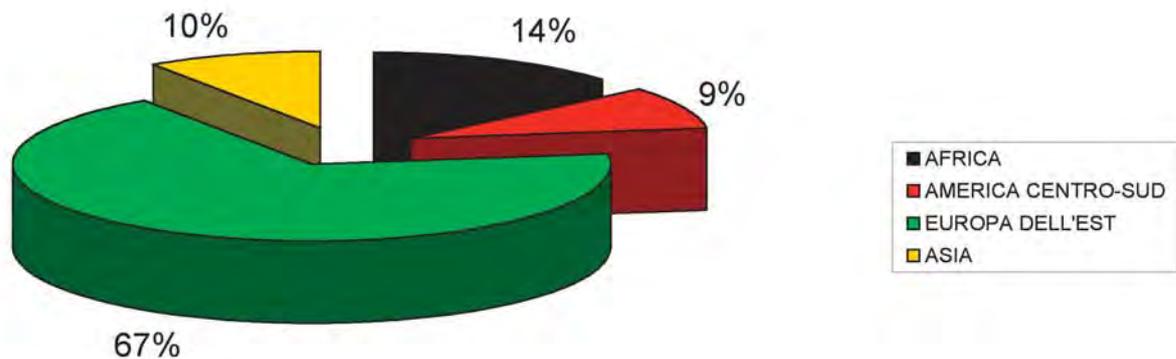


GRAFICO 1

ordinari sono stati 3.028 di cui 1581 donne e 1417 uomini. In regime di D.H. sono stati in totale 837 di cui 660 donne e 177 uomini.

Dalla Tabella 5 alla 8 vengono riportate le categorie diagnostiche principali (MDC) per regime di ricovero e per sesso che hanno interessato i pazienti extracomunitari nell'arco di tempo considerato. In regime di ricovero ordinario , relativamente alle pazienti di sesso femminile, tra le prime sei MDC (64%) ritroviamo Malattie e Disturbi dei :

- sistema nervoso : traumi cranici, cefalee, craniotomie, emorragie cerebrali;
- apparato digerente : gastroenteriti, epatiti, colecistectomie, interventi sull'intestino;
- apparato osteo - muscolare e tessuto connettivo : fratture e distorsioni, interventi di riduzione di fratture;
- apparato riproduttivo: metrorragie, interventi su utero, annessi , vagina, vulva per tumori;
- pelle sottocutaneo e mammella : tumori della pelle, patologie della mammella , biopsie ed escisioni locali della mammella;

- gravidanza, parto e puerperio. In regime di ricovero ordinario, per gli uomini, tra le prime sei MDC (71%) ritroviamo Malattie e Disturbi dei :
 - apparato osteo - muscolare e tessuto connettivo : fratture e distorsioni, interventi di riduzione di fratture, riabilitazione;
 - sistema nervoso : traumi cranici, cefalee, craniotomie, sclerosi multipla;
 - apparato digerente : gastroenteriti, interventi per ernia inguinale, emorragie gastriche, cirrosi ed epatiti alcooliche, interventi sull'intestino;
 - pelle sottocutaneo e mammella : traumi , tumori ed ulcere cutanei;
 - apparato respiratorio: bronchiti ed asma, insufficienza respiratoria, polmoniti, pleuriti e traumi toracici;
 - orecchio, naso e gola: traumi del naso, interventi su orecchio, naso e gola.
- L'analisi dei DRG's disaggregata per regime di ricovero e per sesso, ha evidenziato che per gli uomini non esistono dei DRG's prevalenti, per le donne invece il ricorso alla ospedalizzazione ha prodotto DRG's relativi in particolare alla riproduzione.

Nella Tabella 9 sono pertanto riportati i DRG's più frequenti nelle donne . Per ognuno di essi sono rappresentati la provenienza , il numero e l'età media.

Per il DRG 381 (Interruzione di Gravidanza) il numero totale dei casi è 430. Lo stato da cui si registra la maggiore provenienza rimane l' Ucraina con una età media delle donne ucraine di 31 anni. L' età media delle donne in toto è compresa tra i 26 e i 31 anni negli stati maggiormente rappresentati.

Il numero totale dei parti per via vaginale (DRG 373) è 47, con una provenienza maggiore dalla Polonia ed un'età media compresa tra 15 e 34 anni.

Per il DRG 371 (Parto cesareo) il numero totale è 41 , con una maggiore provenienza dall'Ucraina ed una età media tra i 17 e i 37 anni.

LA REALTÀ NELLA A.O.R.N. " A. CARDARELLI"

Il Cardarelli è inserito in una complessa realtà sociale come quella della città di Napoli e della sua provincia con notevoli problematiche socio - economiche e vaste sacche di emarginazione. Esso si è dovuto confrontare negli ultimi anni

AREA DI PROVENIENZA UOMINI

AFRICA		AMERICA CENTRO-SUD	
Nazione	N.ro Maschi	Nazione	N.ro Maschi
ALGERIA	140	BRASILE	14
MAROCCO	115	PERU'	13
TUNISIA	70	ARGENTINA	12
GHANA	68	REPUBBLICA DOMINICANA	8
SENEGAL	49	VENEZUELA	7
BURKINA FASO	46	COLOMBIA	5
NIGERIA	44	CUBA	3
COSTA D'AVORIO	17	BOLIVIA	2
BURUNDI	11	ECUADOR	2
TOGO	11	TRINIDAD E TOBAGO	2
EGITTO	10	MESSICO	1
ALTRI STATI	66	CILE	1
Totale	647	Totale	70

ASIA		EUROPA DELL'EST	
Nazione	N.ro Maschi	Nazione	N.ro Maschi
SRILANKA	146	UCRAINA	236
PAKISTAN	37	ALBANIA	117
CINA	26	SERBIA-MONTENEGRO	108
BANGLADESH	13	POLONIA	103
IRAN	13	ROMANIA	26
FILIPPINE	9	MOLDAVIA	12
INDIA	8	RUSSIA	10
GIORDANIA	5	BULGARIA	5
IRAN	5	BOSNIA-ERZEGOVINA	5
PAKISTAN	4	MACEDONIA	5
ALTRI STATI	7	ALTRI STATI	7
Totale	375	Totale	634

TABELLA 3

TABELLA 4

Classi di Età	N.ro Donne	N.ro Uomini	Totale
<1	7	19	26
1-14	71	84	155
15-24	404	265	669
25-34	798	580	1378
35-44	518	429	947
45-64	399	206	605
>65	44	41	85
Totale	2241	1624	3865

Classi di Età	% Donne	% Uomini	% Totale
<1	0,3	1,2	0,7
1-14	3,2	5,2	4,0
15-24	18,0	16,3	17,3
25-34	35,6	35,7	35,7
35-44	23,1	26,4	24,5
45-64	17,8	12,7	15,7
>65	2,0	2,5	2,2
Totale	100,0	100,0	100,0

maggiormente con tali problematiche anche a seguito della presenza in ospedale degli immigrati.

La tipologia dei problemi conseguenti all'impatto con la nuova utenza è essenzialmente riconducibile a:

1) eterogeneità di gruppi linguistici ed etnici con conseguenti difficoltà comunicative e relazionali;

2) difficile approccio al problema sanitario da parte degli immigrati (scarsa informazione, mancanza di conoscenza dei percorsi assistenziali con conseguente difficoltà di accesso alle prestazioni, difficile identificazione dell'utente per mancanza di documento di riconoscimento).

Per ridurre le difficoltà linguistiche la A.O.R.N. Cardarelli ha attivato un servizio di mediatori culturali appartenenti a vari gruppi etnici al fine di migliorare la comunicazione e il rapporto utenza - operatori sanitari, favorendo così un migliore approccio ai servizi erogati.

L'interazione tra il gruppo dei mediatori e i vari interlocutori avviene tramite il Servizio di Assistenza Sociale che funge da collegamento tra i mediatori e le strutture della A. O. in cui sono emerse le esigenze.

Anche per le difficoltà elencate al secondo punto, la presenza di mediatori culturali costituisce un elemento sicuramente determinante nel superamento di detti punti critici. La possibilità, infatti, di interrelazione con gli immigrati facilita l'accesso alle prestazioni con una maggiore comprensione dei processi e dei percorsi.

Si è inoltre constatato che con l'attivazione del codice STP (così come previsto dalla normativa vigente) si è avuto comunque un miglioramento dell'accesso alle prestazioni da parte degli irregolari permettendo nel contempo all'Azienda la rilevazione delle stesse, con conseguente possibile valutazione dei flussi.

Il monitoraggio del fenomeno migratorio relativo all'Azienda Cardarelli ha permesso di verificare che esistono comunque aree d'intervento nelle quali sono state evidenziate particolari difficoltà. Esse sono costituite prevalentemente dalla assistenza al parto e alla gravidanza, nonché dalla interruzione volontaria di gravidanza (I.V.G.). In esse si rileva la presenza di influenze soprattutto di tipo socio-culturale (mancanza d'informazione sulle normative sulla tutela della salute in maternità, specifici aspetti culturali delle singole etnie, assenza di cultura della contraccezione). Per sopperire alle problematiche emerse il Centro di gravidanza a rischio - I.V.G. ha attuato un progetto di informazione e prevenzione destinato a tutte le donne ita-

Regime di Ricovero Ordinario - Donne

MDC	Descrizione	N.ro
1	Malattie e disturbi sistema nervoso	212
6	Malattie e disturbi apparato digerente	206
14	Gravidanza, parto e puerperio	177
8	Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	146
13	Malattie e disturbi apparato riproduttivo femminile	114
9	Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	102
4	Malattie e disturbi apparato respiratorio	93
5	Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	88
3	Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	74
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	69
11	Malattie e disturbi rene e vie urinarie	53
23	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	49
7	Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	49
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	30
16	Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sist. immunitario	22
18	Malattie infettive e parassitarie	20
19	Malattie e disturbi mentali	19
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	15
2	Malattie e disturbi occhio	13
20	Uso di alcool/farmaci e disturbi mentali organici indotti	12
22	Ustioni	8
24	Traumatismi multipli	5
0	Trapianti di fegato , di midollo , tracheostomie	3
25	Infezioni da HIV	1
15	Malattie e disturbi periodo perinatale	1
Totale		1581

TABELLA 5

liane ed extracomunitarie che avevano già fatto ricorso alla I.V.G.. Il progetto si è articolato in riunioni settimanali tenute dagli operatori del servizio con gruppi di donne. Il

lavoro effettuato ha confermato la mancanza di informazione sulle normative relative alla tutela della salute in maternità, nonché di assenza di cultura della contraccezione;

TABELLA 6

Regime di Ricovero Ordinario - Uomini

MDC	Descrizione	N.RO
8	Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	263
1	Malattie e disturbi sistema nervoso	238
6	Malattie e disturbi apparato digerente	169
9	Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	132
4	Malattie e disturbi apparato respiratorio	122
3	Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	102
11	Malattie e disturbi rene e vie urinarie	67
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	63
5	Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	60
2	Malattie e disturbi occhio	39
7	Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	36
12	Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	26
18	Malattie infettive e parassitarie	25
20	Uso di alcool/farmaci e disturbi mentali organici indotti	16
22	Ustioni	15
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	14
19	Malattie e disturbi mentali	11
16	Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sist. immunitario	9
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	8
15	Malattie e disturbi periodo perinatale	8
23	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	7
24	Traumatismi multipli	7
0	Trapianti di fegato, trapianti di midollo, tracheostomie	5
25	Infezioni da HIV	5
Totale		1447

Regime di Ricovero Ordinario - Uomini

MDC	Descrizione	N.RO
8	Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	263
1	Malattie e disturbi sistema nervoso	238
6	Malattie e disturbi apparato digerente	169
9	Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	132
4	Malattie e disturbi apparato respiratorio	122
3	Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	102
11	Malattie e disturbi rene e vie urinarie	67
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	63
5	Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	60
2	Malattie e disturbi occhio	39
7	Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	36
12	Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	26
18	Malattie infettive e parassitarie	25
20	Uso di alcool/farmaci e disturbi mentali organici indotti	16
22	Ustioni	15
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	14
19	Malattie e disturbi mentali	11
16	Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sist. immunitario	9
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	8
15	Malattie e disturbi periodo perinatale	8
23	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	7
24	Traumatismi multipli	7
0	Trapianti di fegato, trapianti di midollo, tracheostomie	5
25	Infezioni da HIV	5
Totale		1447

TABELLA 7

TABELLA 8

Regime Di Ricovero in Day Hospital - Uomini

MDC	Descrizione	N.Ro
16	Malattie e disturbi sangue ed organi ematopoietici e disturbi sist. immunitario	28
8	Malattie e disturbi apparato osteomuscolare e tessuto connettivo	19
3	Malattie e disturbi orecchio, naso e gola	17
11	Malattie e disturbi rene e vie urinarie	16
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	15
6	Malattie e disturbi apparato digerente	15
7	Malattie e disturbi epatobiliari e pancreas	12
1	Malattie e disturbi sistema nervoso	12
4	Malattie e disturbi apparato respiratorio	8
10	Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali	8
9	Malattie e disturbi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	8
5	Malattie e disturbi sistema cardiocircolatorio	5
12	Malattie e disturbi apparato riproduttivo maschile	4
2	Malattie e disturbi occhio	4
23	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	2
18	Malattie infettive e parassitarie	2
19	Malattie e disturbi mentali	2
Totale		177

nel contempo è emerso che le stesse erano disponibili al confronto con richiesta di informazione e particolare attenzione al problema.

CONCLUSIONI

Dall'analisi dei dati relativi ai tre anni considerati non sembra emerga

un bisogno di salute specifico per gli immigrati.

La richiesta infatti di assistenza non è dissimile da quella espressa dal-

DRG 381 - Interruzione di Gravidanza

Nazione	N.ro	Età Media
UCRAINA	214	31
POLONIA	36	26
SERBIA-MONTENEGRO	26	28
NIGERIA	20	26
SRI LANKA	20	30
ROMANIA	19	29
MOLDAVIA	15	30
RUSSIA	9	36
CAPO VERDE	7	30
ALBANIA	7	30
PERU'	6	33
COLOMBIA	4	29
BULGARIA	4	28
CUBA	4	28
GHANA	3	30
ECUADOR	3	29
MAROCCO	3	36
REPUBBLICA DOMINICANA	3	25
CINA	2	24
VENEZUELA	2	32
MESSICO	2	27
FILIPPINE	2	43
BIELORUSSIA	2	34
BRASILE	2	21
MACEDONIA	2	31
TUNISIA	2	34
CAMERUN	2	23
ANGOLA	1	42
URUGUAY	1	28
BURKINA FASO	1	24
LITUANIA	1	32
COSTA D'AVORIO	1	25
DOMINICA	1	38
PAPUASIA - NUOVA GUINEA	1	23
ETIOPIA	1	22
SENEGAL	1	40
Totale	430	

DRG 371 - Parto cesareo

Nazione	N.ro	Età Media
UCRAINA	10	29
SERBIA-MONTENEGRO	6	28
POLONIA	4	31
NIGERIA	4	31
SRI LANKA	3	28
ROMANIA	2	26
CUBA	2	24
BRASILE	2	27
ALBANIA	2	26
RUSSIA	1	17
MAROCCO	1	24
ECUADOR	1	22
COSTA D'AVORIO	1	29
COLOMBIA	1	37
BENIN	1	33
Totale	41	

DRG 373 - Parto per via vaginale

Nazione	N.ro	Età Media
POLONIA	11	28
UCRAINA	8	33
SERBIA-MONTENEGRO	6	21
RUSSIA	3	32
ROMANIA	3	24
CINA	3	21
NIGERIA	2	27
SRI LANKA	2	31
BRASILE	1	30
COSTA D'AVORIO	1	34
ECUADOR	1	28
MACEDONIA	1	28
ALBANIA	1	15
MOLDAVIA	1	20
REPUBBLICA DOMINICANA	1	34
TUNISIA	1	23
MAROCCO	1	24
Totale	47	

TABELLA 9

la popolazione residente. Il sistema organizzativo aziendale si è trovato a far fronte a questa nuova utenza che presenta specifiche problematiche connesse a modelli socio culturali e comportamentali che condizionano fortemente l'accesso ai servizi sanitari. Relativamente al percorso assistenziale i dati denotano che, a parità di DRG's, non vi sono state sostanziali differenze nei tempi di degenza tra immigrati e popolazione locale. Vi sono sicuramente stati problemi all'atto della dimissione soprattutto per pazienti extracomunitari abbisognevole di cure domiciliari o comunque di presa in carico da parte di strutture territoriali e/o riabilitative di per se già carenti nel nostro ter-

ritorio. Il fenomeno diventa particolarmente grave per gli immigrati che spesso non hanno un substrato familiare che possa sopperire alla carenza con una assistenza a domicilio. La problematica diventa ancora più gravosa per la struttura ospedaliera laddove l'extracomunitario non ha un domicilio fisso, per cui spesso si ricorre ad enti caritatevoli che però non sempre accettano pazienti maschi in età lavorativa. Da quanto sopra si evince che il vero problema emerso non è l'assistenza ospedaliera di pazienti extracomunitari durante l'iter diagnostico e terapeutico, ma è da attribuire sicuramente ad una mancanza di collegamenti essenziali territoriali e sociali esterni all'ospedale e ad una ancora troppo assente corretta informazione.

NOTE BIBLIOGRAFICHE

- *Piani Sanitari Nazionali per i trienni 1998-2002 e 2002-2004.*
- *Ministero della Salute: D.G. Sistema Informativo e Statistico e Degli Investimenti Strutturali e Tecnologico, Ufficio di Statistica, Il Ricovero Ospedaliero degli Stranieri in Italia nell'anno 2000, Roma, 2000.*
- *Zincone G. (a cura di) Secondo rapporto sulla integrazione degli immigrati in Italia, commissione per le politiche di integrazione degli immigrati, il Mulino, Bologna, 2001.*

GETINGE

TERMODISINFETTORI GETINGE SERIE 46



La serie Getinge 46 è il risultato dell'evoluzione tecnologica. La soluzione per garantire opere ad alta qualità e conformarsi con il vantaggio per una sterilità assoluta.

Il design della nuova serie 46 è ergonómico e il display colorato è studiato per incontrare le esigenze dei nostri clienti e consente un carico fino a 10 carichi su 5 piani.

La porta a vetro, installata su tutti i modelli della serie 46, permette l'osservazione dello stato durante tutto il processo.

La maniglia ergonomica permette l'apertura e la chiusura facilitata.

La superficie liscia e perfettamente lucida, pulibile accuratamente con il rischio di danni. I numerosi indicatori di servizio facilitano gli interventi di assistenza tecnica.

Il nuovo sistema di controllo PACS 8800 di cui la serie 46 è dotata, garantisce la funzionalità in tutta struttura, ed è monitoraggio costante.

I termoisolatori Getinge serie 46 sono progettati per la connessione a sistemi di intercambiabilità TCCO e TCCO, micro-genera tutti e alternativi di processo. Il modo che ripete, in qualsiasi momento, ed è in grado di rilevare la produzione di vapore.

Gli strumenti totali nelle macchine della serie 46 sono alloggiati all'interno che offrendo i tempi di asciugatura e la temperatura possono essere personalizzati grazie alla possibilità di scegliere il programma di servizio di controllo.

La serie getinge di sterilità dispone per tutti i modelli della serie 46, installare tutti le esigenze.

GETINGE S.p.A.
Via Poggio Verde, 34 • 00148 Roma • Italy
Tel. +39 06 656631 - Fax +39 06 65663247
e.mail: info@getinge.it • sito web www.getinge.com

Progetto integrato per il miglioramento dell'accessibilità alla specialistica ambulatoriale: riorganizzazione della rete di erogazione e governo dell'equilibrio domanda/offerta

Riassunto

L'articolo illustra un progetto di riorganizzazione dell'attività specialistica ambulatoriale e di revisione delle modalità di accesso alla stessa. Il progetto si articola in: analisi dell'accessibilità alle prestazioni e degli scostamenti domanda/offerta, revisione delle modalità di prenotazione e di accesso con introduzione dei criteri di priorità clinica, interventi per perseguire l'appropriatezza prescrittiva ed interventi per l'adeguamento dell'offerta. I primi risultati del progetto, sulla base non solo dell'effettivo andamento degli indicatori di verifica ma anche dei livelli di condivisione e partecipazione ottenuti, sono stati giudicati nel complesso molto positivi, seppure abbiano messo in luce alcuni elementi critici.

Summary

This article illustrates a plan of reorganization of the clinic's specialized activities and of the ways of access to it.

The project concerns: the analysis of the accessibility to the services and of the differences of requests/offers, the revision of the ways of the booking appointments and the introduction of the criteria of clinical priority, interventions to follow the suitability of prescription and interventions to conform the offers. The first results of the project were based not only on the effective course of the test indicators but also on the level of interest and participation obtained. These results were judged very positively even if some critical elements were highlighted.

E. Zelaschi*, M. Uberti, L. Angelone*****

*Direzione Medica di P.O.

**Dipartimento Servizi Territoriali

***Distretto sanitario

ASL 10 - Pinerolo (Torino)

PREMESSA

Il problema di far corrispondere domanda ed offerta delle prestazioni sanitarie e di garantire, conseguentemente, tempi di accesso adeguati costituisce una forte criticità dei sistemi sanitari ed, in particolare, di quelli che, come il nostro, assicurano la copertura pressoché totale degli interventi. La razionalizzazione delle liste d'attesa s'impone, quindi, come scopo prioritario in un contesto sani-

tario orientato all'efficienza ed all'equità.

Al fine di rispondere più compiutamente alle sollecitazioni degli organi di governo sanitario sull'esigenza di contenere le liste di attesa per le prestazioni specialistiche, la Direzione dell'ASL 10 ha inserito tra gli obiettivi prioritari del 2003 la riorganizzazione complessiva dell'attività specialistica ambulatoriale con l'intento di garantire a tutti i cittadini modalità e tempi di accesso adeguati alle necessità cli-

niche. L'obiettivo, che è stato poi formalmente assegnato a tutti i Direttori delle Strutture Aziendali coinvolte, nell'ambito del processo di negoziazione della retribuzione di risultato, non consisteva in una mera sommatoria di parziali ed indipendenti iniziative mirate al miglioramento di singole situazioni ambulatoriali, peraltro già ampiamente attivate anche negli anni precedenti, ma sottintendeva la realizzazione di un programma globale di redistribuzione dell'attività specialistica sul territorio aziendale e di revisione delle modalità di accesso alla stessa.

Il presente contributo si propone di illustrare le tappe attraverso cui si è sviluppato l'approccio al problema che è stato di tipo multidisciplinare con un pesante coinvolgimento, in primo luogo, del Dipartimento dei Servizi Territoriali e della Direzione Medica di P.O..

SITUAZIONE DELL'ASL 10

Le problematiche esistenti nel territorio dell'ASL 10 sono, come è naturale, in parte comuni al resto del mondo sanitario ed in parte legate a specifici fattori a genesi locale.

Sul versante della domanda di prestazioni ambulatoriali si è assistito, infatti, ad una progressiva crescita in ragione di più elementi ben noti:

- l'incremento dei bisogni legato ad aspetti epidemiologici e demografici (invecchiamento della popolazione, riduzione dei fenomeni clinici ad andamento acuto ed aumento di quelli cronici, maggiore efficacia dei trattamenti che aumentano la sopravvivenza e conseguente allungamento della storia naturale dei fenomeni patologici, ecc.).



PAROLE CHIAVE: accessibilità, tempi d'attesa, specialistica ambulatoriale, priorità clinica, governo della domanda

KEY WORDS: *accessibility, waiting time, specialised clinic, clinical priority, control of request*

- il progresso scientifico e tecnico sempre più rapido che rende disponibili ed aumenta le indicazioni cliniche per una serie di accertamenti e trattamenti precedentemente non esistenti o non di utilizzo comune.
- la forte spinta "sociale" (mass media, interessi commerciali, malintesa tutela medico legale, ecc.) al consumismo sanitario a prescindere dalle evidenze scientifiche e della buona pratica clinica.
- la logica burocratica della legislazione che impone come condizione di accesso a determinati benefici (es. ticket, ausili, esami diagnostici, materiali sanitari, farmaci, ecc.), la visita o l'accertamento specialistico a fini prescrittivi, certificativi od autorizzativi.

Sul versante dell'offerta si è, contemporaneamente, registrato un forte aumento sia delle tipologie sia dei volumi di prestazioni erogate, ma in misura certamente inferiore, soprattutto in alcuni settori, alla domanda.

Le esigenze di contenimento della spesa e di equilibrio economico rendono, infatti, inattuabile l'adeguamento indiscriminato dell'offerta alla domanda.

Inoltre, in alcuni settori specialistici, sono sopraggiunte difficoltà nel reclutamento del personale, specificamente laddove non esistono sufficienti professionalità in relazione ai bisogni (radiologici, ortopedici-traumatologici, Infermieri Professionali, ecc.).

L'ASL 10, condividendo appieno questi fattori critici diffusi, ha poi manifestato alcune peculiarità, le più rilevanti delle quali sono legate all'acquisizione dei presidi ospedaliari valdesi di Pomaretto e Torre Pellice (CIOV).

Nel 2003 il nostro territorio ha, infatti, vissuto una pesante riorganizzazione connessa alla presa in carico delle due strutture CIOV, alla loro riconversione da struttura ospedaliera per acuti a struttura distrettuale e di degenza per post acuti.

Sul versante della domanda di prestazioni specialistiche ciò ha portato a carico dell'azienda la porzione di domanda di prestazioni prima garantita dalla CIOV. L'ASL 10 ha così dovuto far fronte in proprio a questo aumento del volume di prestazioni da erogare. Tale fatto ha comportato un evidente sforzo organizzativo ed economico, tanto più rilevante se si considera che molte attività erano prima garantite da personale che non è stato trasferito all'ASL (vuoi perché rimasto presso la sede ospedaliera CIOV di Torino, vuoi perché operante in regime di libera professione ovvero di consulenza).

Il secondo elemento di novità per l'ASL 10 è stato inoltre un forte incremento della mobilità attiva dalle aree di confine, probabilmente ereditata in parte dal bacino di utenti degli ospedali CIOV.

In questo contesto, si è poi inserita, quale ulteriore elemento di novità, la DGR n° 14-10073 del 28/07/2003, l'atto con cui la Regione Piemonte ha introdotto l'accesso differenziato per priorità cliniche alle prestazioni sanitarie e di cui si darà atto successivamente.

È stata costituita una direzione strategica del progetto, composta dal Direttore del Dipartimento dei Ser-

STRATEGIA

vizi Territoriali, dal Direttore Medico del P.O., da un Dirigente Medico della S.C. AST, dal Referente CUP e dal Responsabile Servizio Infermieristico, che ne ha seguito tutte le fasi e che interagiva con i Direttori e gli operatori delle Strutture Specialistiche di volta in volta coinvolte.

I compiti di questo team consistevano, in linea con le indicazioni proposte dalla Direzione Aziendale, nel tracciare le direttrici generali del progetto, analizzare la situazione esistente e progettare le azioni correttive, deciderne le modalità di attuazione e verificare i risultati. Sostanzialmente sono state perseguite le seguenti azioni:

- Analisi della situazione esistente: verifica domanda/offerta, esame degli scostamenti attraverso lo studio dei tempi e delle liste d'attesa, studio sull'accessibilità;
- Revisione delle modalità di prenotazione ed accesso con introduzione dei criteri di priorità clinica accanto a quelli cronologici in ottemperanza alla citata deliberazione regionale;
- Interventi per perseguire l'appropriatezza qualitativa/quantitativa della domanda attraverso gli obiettivi concordati nell'ambito del processo di budget distrettuale ed attraverso la costruzione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali;
- Interventi per l'adeguamento dell'offerta qualitativa e quantitativa, in una logica di equilibrio dei fattori di accessibilità ed efficienza anche alla luce delle opportunità derivanti dall'acquisizione dei due presidi Valdesi di Torre Pellice e Pomaretto.

Tenuto conto del fatto che alcuni degli interventi proposti, ed in particolare la redistribuzione delle attività specialistiche sul territorio e, soprattutto, la riorganizzazione delle modalità di prenotazione ed accesso secondo priorità cliniche, avrebbero determinato, anche in tempi abbastanza brevi, apprezzabili modifiche sull'assetto del-

l'accessibilità alle prestazioni ambulatoriali, l'adeguamento dell'offerta è stato programmato come ultimo intervento, al termine di una verifica intermedia degli effetti prodotti sui tempi d'attesa dai precedenti provvedimenti, secondo il seguente cronoprogramma:

INTERVENTO	2° sem. 2003	Gennaio 2004	Marzo 2004	2° trim. 2004	2° sem. 2004
Analisi quantitativa	X				
Ridistribuzione attività	X				
Prestazioni ad accesso diretto		X			
Accesso per priorità cliniche Classi 1,2 e 3		X			
Appropriatezza prescrittiva		X	X	X	X
Verifica tempi d'attesa			X		
Incremento offerta				X	X

Consapevole della complessità dei cambiamenti attesi e della intrinseca "fragilità" dei meccanismi da introdurre, legata alla necessaria partecipazione di numerosi attori, talvolta in contrapposizione reciproca, la direzione del progetto ha condotto il lavoro in stretta collaborazione con i professionisti interessati, sia dipendenti sia in convenzione, allargando il più possibile il coinvolgimento e curando particolarmente gli aspetti di comunicazione.

Così procedendo, seppure con una dilatazione dei tempi di lavoro e dell'impegno necessario, sono state superate le resistenze iniziali e si è giunti ad una condivisione allargata degli elaborati del gruppo, non solo internamente ma anche da parte dei Medici di Medicina Generale, e, successivamente, ad un'apprezzabile collaborazione nelle fasi attuative e di verifica, come verrà in seguito illustrato.

ANALISI

Primo adempimento del gruppo è stato ottenere un quadro sintetico dell'attività specialistica dell'azienda che fotografasse in modo inequivocabile la situazione di tutto il territorio e fosse significativo in termini di rapporto domanda/offerta. A tal fine, è stata elaborata una

scheda di rilevazione che per ogni prestazione specialistica misurava contemporaneamente le variabili legate all'offerta ed alla domanda. I parametri di riferimento individuati sono stati i seguenti:

- giorni di effettuazione/settimana
- ore di apertura/giorno

- n° prestazioni effettuate/settimana
- n° ore medico dedicate/settimana
- n° ore infermiere professionali dedicate/settimana
- n° ore altro personale dedicate/settimana
- tempo d'attesa
- luogo di prenotazione.

La rilevazione è stata condotta il 30 Agosto 2003 per ciascuna struttura aziendale (Ospedale, Distretto n° 1, Distretto n° 2 e Distretto n° 3) utilizzando schede con raggruppamenti di prestazioni per branca specialistica o, nei casi di non precisa corrispondenza, per centro di costo di erogazione.

La valutazione coordinata di tutte le variabili rilevate ha fornito informazioni puntuali circa la distribuzione a livello territoriale delle singole attività, la numerosità e la lunghezza delle liste, il volume di prestazioni erogate ed il relativo assorbimento di risorse e la potenzialità residua.

RIDISTRIBUZIONE ATTIVITA' SPECIALISTICHE NEL TERRITORIO

Il passo successivo del gruppo di progetto è stato quello di ridefinire la distribuzione territoriale dell'attività ambulatoriale dal momento

che, dopo l'acquisizione degli Ospedali Valdesi avvenuta in data in data 1 Agosto 2003, l'indirizzo aziendale era quello di organizzare in ciascun distretto (Pinerolo, Pomaretto e Torre Pellice) un Poliambulatorio specialistico con tutte le specialità di base, garantendo uniformità di servizi e razionalizzando l'offerta sul territorio.

Sono stati, quindi, gradatamente attivati nel corso del 2003 gli ambulatori distrettuali per le attività specialistiche previste.

Ciò ha comportato un notevole sforzo a carico delle strutture sanitarie coinvolte nel processo ed un incremento delle ore di attività degli specialisti convenzionati esterni.

Gli sforzi complessivi per ridistribuire le attività ambulatoriali e migliorarne l'accesso sul territorio hanno condotto ad un considerevole incremento per l'ASL 10 del volume di prestazioni ambulatoriali erogate nelle sedi territoriali (rispetto all'anno precedente, un incremento del 44% in termini numerici e del 51% in termini di prestazioni pesate con lo strumento della tariffazione).

REVISIONE DELLE MODALITA' DI PRENOTAZIONE ED ACCESSO

La revisione è stata guidata dalle indicazioni contenute nella DGR 14/2003 e realizzata con una serie di interventi sulle modalità di gestione delle liste di prenotazione da parte del CUP (sdoppiamento agende, periodica verifica delle liste d'attesa, eliminazione dei blocchi delle prenotazioni, ecc.) ma anche con un pesante coinvolgimento delle strutture sanitarie ospedaliere (prestazioni da erogare entro 48 h. o entro 15 gg., accesso diretto, ecc.).

L'elemento più rilevante che è stato introdotto dal documento regionale è il superamento del solo concetto cronologico come fattore di accesso alle prestazioni attraverso l'introduzione di prenota-

zioni differenziate in base alla priorità clinica, oltre alla previsione di alcune prestazioni da erogare senza prenotazione (ad accesso diretto).

Tale concetto presuppone che il medico prescrittore (generalmente il medico di famiglia), individui la classe di priorità clinica con cui la prestazione deve essere erogata, secondo i seguenti criteri:

- Classe 1 = prestazioni urgenti non differibili (da erogarsi entro 48 h.)
- Classe 2 = prestazioni differibili (da erogarsi entro 15 gg.)
- Classe 3 = prestazioni programmabili (da erogarsi entro i tempi massimi regionali)

Sono state, pertanto, elaborate e definite le modalità con cui le strutture sanitarie dell'ASL 10 avrebbero garantito ciascuna delle precedenti categorie di prestazione, a fronte di specifica ed inequivocabile richiesta da parte del medico prescrittore riportante, oltre al quesito diagnostico e le informazioni cliniche utili, la dicitura "CLASSE 1" o "CLASSE 2" o "CLASSE 3":

CLASSE 1 = NON DIFFERIBILE

Con un processo interattivo, che ha coinvolto tutte le strutture ospedaliere, il gruppo ha individuato percorsi dedicati nell'ambito dei quali, entro due giorni lavorativi dall'accoglimento della richiesta, è garantita la risposta.

Il confronto, che ha portato all'individuazione di un elenco tassativo di prestazioni assicurabili dall'ASL 10 entro 48 ore dalla richiesta, si è basato su considerazioni di opportunità clinica e di fattibilità organizzativa

Le prestazioni erogabili con tale modalità sono state necessariamente limitate a quelle che interessano discipline per le quali è presente una équipe ospedaliera. La presenza di specialisti convenzionati per altre specialità ha, infatti, il limite di garantire la presenza in modo sporadico (ad esempio settimanale) impedendo quindi il rispetto della tempistica. Per la stessa ragione non sono comprese

quelle visite specialistiche, che pur svolte da medici dipendenti sono collegate a specializzazioni di singoli professionisti.

L'elenco delle prestazioni così individuate, è stato poi sottoposto all'esame ed all'assenso dei rappresentanti dei Medici di Medicina Generale utilizzando i Comitati Distrettuali.

CLASSE 2 = DIFFERIBILE

Sono state previste con questa modalità di erogazione la quasi totalità delle prestazioni specialistiche garantite dall'ASL 10.

Per poterne assicurare l'effettuazione entro i prescritti 15 giorni, sono stati riservati posti dedicati nelle agende di prenotazione. Il dimensionamento di tali agende è stato inizialmente frutto di una stima e destinato ad essere successivamente rivisto in relazione all'evoluzione della domanda, come, infatti, si è poi verificato.

CLASSE 3 = PROGRAMMABILE

Sono state comprese in questa classe tutte le prestazioni specialistiche dell'ASL 10 e vi si accede, oltre che con una prescrizione con dicitura "classe 3", con quelle prive di specificazioni ovvero riportanti diciture diverse da quelle classe 1 e 2.

ACCESSO DIRETTO

Sulla scorta della disponibilità residua di risorse, si è, infine, stabilito di garantire ad accesso diretto le seguenti prestazioni:

analisi di laboratorio

Presso le sedi distrettuali di Pomaretto e Torre Pellice

ECG

Presso tutte le sedi di erogazione

Rx torace

Presso tutte le sedi di erogazione

visita chirurgica

Presso la sede ospedaliera di Pinerolo

visita pediatrica

Presso la sede ospedaliera di Pinerolo

GOVERNO DELLA DOMANDA ED APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

E' evidente che la gestione delle liste d'attesa non poteva prescindere da un'analisi della domanda. Ciò allo scopo di tentare di individuare al suo interno la porzione di inappropriatezza e di ridurla sensibilmente.

Ciò è stato perseguito attraverso due meccanismi: uno di feed back negativo sulle richieste incongrue ed uno positivo, attraverso la stesura condivisa di percorsi-diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) per patologia e di linee guida sulle indicazioni cliniche agli accertamenti.

In merito al feed back negativo, per monitorare l'applicazione delle indicazioni e l'appropriatezza delle richieste, è stata elaborata una reportistica periodica delle richieste di prestazioni ambulatoriali e dei relativi tempi d'attesa. Questa reportistica, unitamente alle segnalazioni dei Medici specialisti, attestanti inappropriatezze prescrittive, ed alle osservazioni dei Medici di famiglia, sono analizzate e discusse nell'ambito della Commissione Ospedale-Territorio, organo aziendale composto da tutte le componenti ospedaliere e territoriali, istituito con lo scopo di facilitare l'integrazione e la continuità assistenziale. Le contestazioni giudicate fondate dalla commissione vengono periodicamente segnalate al medico proponente.

Relativamente ai percorsi (PDTA), l'azienda sta completando la stesura di nr.7 di essi, relativi alle seguenti patologie, scelte per rilevanza clinica e prevalenza epidemiologica: diabete, broncopneumopatia cronico-ostruttiva, scompenso cardiaco depressione, tumore del colon, tumore mammario e percorso nascita. Il lavoro, che ha coinvolto tutti i professionisti aziendali (medici e pediatri di famiglia, specialisti ed infermieri ospe-

dalieri, medici e infermieri territoriali) sta giungendo a termine. Esso contribuirà per la parte diagnostica e di follow up a qualificare meglio qualitativamente anche le prescrizioni specialistiche.

Sono infine stati identificati alcuni accertamenti, per i quali vi era un'evidenza di ricorso improprio. Si è partiti da alcuni di essi per la stesura di linee guida sulle indicazioni cliniche all'accertamento ed alle sue classi di priorità. Si proseguirà successivamente ed a conclusione di questi, con altri.

Il lavoro si è svolto nelle seguenti fasi:

- Istituzione all'interno della commissione ospedale territorio, di gruppi di lavoro snelli con medici di famiglia, specialisti territoriali ed ospedalieri
- Elaborazione di bozze di linee guida a partire dalla letteratura e dalle altre esperienze già avviate.
- Consegna e presentazione ai referenti delle équipes territoriali
- Discussione e proposte all'interno di tutte le équipes, raggiungendo in tal modo tutti i potenziali prescrittori
- Revisione delle bozze da parte della commissione e stesura delle linee guida definitive
- Distribuzione ed informazione a tutti i medici aziendali
- Adozione ed applicazione
- Collegamento agli strumenti contrattuali disponibili per orientare i comportamenti: comunicativi da un lato (commissioni distrettuali, équipes territoriali, formazione specifica, ecc.), e di governo dall'altro (processo di budgeting aziendale ed obiettivi distrettuali legati all'erogazione dei fondi specifici, obiettivi per la retribuzione di risultato per i dipendenti).

INCREMENTO OFFERTA

Come previsto dal cronoprogramma, a partire dall'aprile 2004, si sono attivati progressivamente gli interventi atti ad incrementare i vo-

lumi produttivi nei settori ove persisteva un differenziale significativo fra domanda ed offerta.

Per analizzare i volumi teoricamente necessari a riportare i tempi d'attesa entro i valori, si sono conteggiate per ogni prestazione critica il numero di persone prenotate ed in attesa, equivalenti all'offerta aggiuntiva di prestazioni necessaria per riportare il tempo al di sotto degli standard; una sorta di "una tantum" per ridurre il tempo d'attesa accumulatosi nel tempo.

Una seconda analisi è stata fatta in un mese campione (marzo 2004) per misurare il differenziale fra domanda ed offerta, come misura dell'incremento costante necessario ad evitare che progressivamente si ridetermini una crescita cumulativa delle liste d'attesa.

Quanto descritto mirava ad effettuare una stima di un fenomeno che, a causa della dinamicità delle numerose variabili in campo, subisce significative e continue variazioni. La misura realizzata ha, quindi, bisogno di essere costantemente monitorata e periodicamente rivalutata.

A partire da questa analisi è stato dimensionato il progetto di incremento di attività suddiviso in tre tipi di interventi:

- Strutturali: quelli cioè che garantiscono un'offerta di prestazioni stabile e costante nel tempo al fine di perseguire una equivalenza fra domanda ed offerta;
- Contingenti: quelli cioè attivati una tantum per azzerare le liste storicamente create;
- A domanda: interventi cioè molti flessibili e rapidi da attivare in funzione di esigenze di adeguamento dell'offerta alla domanda in conseguenza della variazione di uno o più dei molteplici determinanti il rapporto domanda/offerta.

Dal punto di vista puramente teorico gli strumenti per la prima esigenza sono rappresentati da:

* Incremento delle prestazioni fornite in attività di servizio dagli specialisti dipendenti

- Incremento degli organici degli specialisti dipendenti

- Incremento degli specialisti convenzionati esterni, e per la seconda da:

- Attivazione di prestazioni aggiuntive erogate a pagamento da parte di specialisti dipendenti (ex art. 55 comma 2 d contratto collettivo di lavoro della dirigenza medica)

- Attivazione di consulenti o convenzioni con specialisti esterni. Nella pratica, i tempi di reclutamento e selezione e, talvolta, le scarse possibilità di reclutamento di determinate professionalità hanno reso indispensabile l'utilizzo di tutti gli strumenti ipotizzati, in modo integrato e coordinato anche per gli interventi strutturali. Ciò è stato attuato temporaneamente, per garantire un avvio tempestivo del progetto, ed a tempo indeterminato, per quelle specialità ove non è stato possibile arruolare nuovi specialisti.

Questa fase di analisi ha prodotto un programma di interventi per erogare nei 9 mesi rimanenti del 2004, prestazioni aggiuntive pari a circa 20.000 fra esami e visite variamente suddivise fra specialità e sedi di erogazione, per un costo ipotizzato di circa 350.000 €.

Di questa somma, il 90% era destinato ad interventi programmati su 19 prestazioni evidenziate come critiche, erogate ciascuna in una o più sedi. Il 10% era costituito da un fondo di riserva per affrontare criticità emergenti. Il meccanismo di finalizzazione dell'intero importo era flessibile, al fine di poter adattare in corso d'opera la programmazione all'evolversi delle reali esigenze.

STRUMENTI DI MONITORAGGIO

Per poter gestire un progetto così complesso sono stati attivati strumenti di monitoraggio continuo della situazione sia dal punto di vista delle prestazioni attivate oltre la normale produzione, sia da quello

FIGURA 1
5-07-2004

	17-3		14-4		3-5		10-5		17-5		24-5		31-5		7-6		14-6		21-6		28-6		5-7		CL 2	CL 3	CL 2	CL 3
	CL 2	CL 3																										
ECG PINEROLO	NO	9	NO	7	NO	8	NO	8	NO	3	NO	3	NO	4	NO	2	NO	3	NO	4	NO	4	NO	0				
ECG DINAM. HOLTER PIN	15	84	8	72	1	60	2	58	2	52	3	24	22	45	38	44	24	42	31	43	37	43	3	50				
ECG DINAM. HOLTER POM	8	135	12	132	43	129	44	130	10	128	7	8	11	56	8	10	8	10	10	10	10	10	8	10				
ECG DINAM. HOLTER TOR	9	40	13	35	7	37	3	38	4	37	3	35	4	36	4	32	3	28	7	23	4	23	3	22				
V. CARDIO. MEDG. PIN	12	58	26	54	21	49	28	49	28	56	28	49	28	49	35	42	28	42	21	42	21	42	14	42				
V. CARDIO. MEDG. TOR	19	75	26	82	7	77	7	70	14	63	14	70	14	63	14	56	21	42	21	56	28	56	21	56				
V. DERMATOLOGICA PINEROLO	6	78	13	71	25	73	18	72	9	77	10	11	11	56	10	11	10	11	10	11	10	11	9	11				
V. DERMATOLOGICA POMARETTO	19	68	19	61	14	70	14	70	7	70	14	42	9	35	2	9	2	9	7	9	2	2	2	2				
V. DERMATOLOGICA TORRE P.	20	104	27	104	29	99	29	92	29	54	11	11	11	29	8	11	8	11	8	11	11	11	11	11				
ECOGRAFIA DERMATOLOGICA PIN	22	64	1	57	59	60	63	59	63	59	7	14	10	30	10	31	17	35	18	31	24	29	17	25				
ECOGRAFIA DERMATOLOGICA POM	20	27	27	55	36	57	36	57	25	49	16	16	9	50	2	9	2	2	16	16	9	16	15	16				
ECOGRAFIA DERMATOLOGICA TORRE	12	75	19	68	14	56	21	56	43	64	16	16	9	23	14	16	9	28	21	23	14	28	9	21				
ES ECOGRADYLER VENGSO TSA	42	44	35	43	39	44	43	45	39	44	43	43	37	43	39	43	39	43	24	24	23	24	24	38				
ES ECOGRADYLER VENGSO PIN	55	56	55	61	57	57	18	18	53	56	50	51	26	45	29	43	43	46	32	32	43	44	7	8				
V. REUMATOLOGICA	NO	41	NO	48	NO	53	NO	50	NO	50	NO	50	NO	49	NO	46	NO	46	NO	49	NO	46	NO	8				
V. OCULISTICA PIN	NO	134	NO	139	NO	143	NO	21	NO	134	NO	134	NO	28	NO	21	NO	14	NO	129	NO	122	NO	129				
V. OCULISTICA POM	44	168	13	13	37	57	52	55	50	78	50	77	45	77	44	72	45	73	45	102	50	101	3	10				
V. OCULISTICA TORRE	41	97	82	139	57	134	64	141	99	141	106	134	99	134	99	134	99	134	92	134	92	134	85	127				
V. OSTEOLOGICA PIN	9	28	23	28	21	37	23	51	25	51	37	57	37	86	37	79	37	79	72	79	65	86	59	93				
V. OSTEOLOGICA POM	33	34	30	36	36	43	35	43	20	43	28	39	31	42	31	37	30	37	14	16	23	28	1	4				
V. OSTEOLOGICA TORRE	22	59	36	64	38	66	31	45	31	52	31	52	24	52	24	45	24	52	17	31	17	38	1	4				
V. ORTOPEDICA PIN	22	47	26	65	52	60	59	64	63	70	64	102	30	73	30	71	44	71	44	87	44	85	1	8				
V. ORTOPEDICA POM	47	75	40	61	56	70	63	70	77	84	77	105	98	112	7	14	28	98	77	98	35	42	35	81				
V. ORTOPEDICA TORRE	35	70	28	91	65	86	58	86	65	107	85	114	51	114	9	15	23	100	44	93	30	37	30	93				
ECOGRAFIA PIN ADDOME	12	27	20	149	10	137	9	21	10	11	11	23	7	30	4	29	4	10	7	10	9	15	4	36				
ECOGRAFIA POM ADDOME	27	91	21	112	22	114	17	17	11	51	4	24	16	72	9	29	4	36	7	36	8	17	8	10				
ECOGRAFIA TORRE ADDOME	20	88	9	97	10	98	8	15	9	53	7	23	4	77	4	70	4	64	4	59	2	15	3	48				
ECOGRAFIA PIN PARTI MOLLI	50	157	36	155	38	157	21	21	10	11	23	24	7	36	22	37	10	11	9	21	15	16	22	66				
ECOGRAFIA POM PARTI MOLLI	27	91	21	112	22	114	17	17	11	51	4	24	16	72	9	29	4	36	7	36	8	17	9	10				
ECOGRAFIA TORRE PARTI MOLLI	20	88	9	97	10	98	8	15	9	53	7	23	4	77	4	70	4	64	4	59	2	15	3	49				
ECOGRAFIA PIN SISTIC	130	160	140	156	138	161	130	161	11	154	23	154	18	197	21	38	10	11	21	46	14	15	9	115				
MAMMOGRAFIA PIN	58	148	65	162	51	178	51	179	49	185	51	191	46	49	46	197	44	190	37	192	37	197	32	191				

dei tempi di attesa oggetto di monitoraggio, sia, infine, per quello dei costi. Tali strumenti permettono anche di descrivere in modo sufficientemente analitico l'andamento del progetto. Essi sono di seguito sinteticamente presentati: Tabella tempi d'attesa (figura 1): riporta i tempi d'attesa relativi alle prestazioni oggetto di interventi, rilevati settimanalmente. Essa permette di leggere i tempi d'attesa in modo puntuale, ovvero di valutare le modificazioni delle stesse nel tempo. La colorazione delle caselle (verdi, gialle e rosse a seconda che i tempi siano al di sotto dello standard stabilito, appena al di sopra o nettamente superiori) permette una valutazione immediata del progredire del progetto. Il colore dello sfondo relativo alla descrizione della prestazione è in blu per gli interventi contingenti già avviati, in azzurro per quelli strutturali ovvero in bianco quando non è stato oggetto di alcun intervento. Stessi colori negli spazi infra-

settimanali per indicare quando viene fatto un inserimento aggiuntivo in agenda e di che tipo.

Tabella prestazioni aggiuntive attivate: si tratta di un report ove vengono elencati tutti gli interventi attuati per incrementare l'ordinaria offerta di prestazioni. Sono esplicitati la data di inserimento in agenda di prenotazione (perché a partire da quella data si vede l'effetto sul tempo d'attesa) il tipo di prestazione, il periodo di svolgimento delle sedute, la forma di erogazione (libera professione, ore di consulenti ecc.) Viene poi esplicitato, nel caso di prestazioni ripetitive, sino a quando si è stati in grado di inserire in agenda le prestazioni ed, infine, quanti esami o visite in più sono state programmate..

Grafici andamento tempi d'attesa: Dalle tabelle di cui sopra sono ricavabili grafici relativi alle dinamiche dei tempi di attesa. In figura (figura 2) è possibile apprezzare,

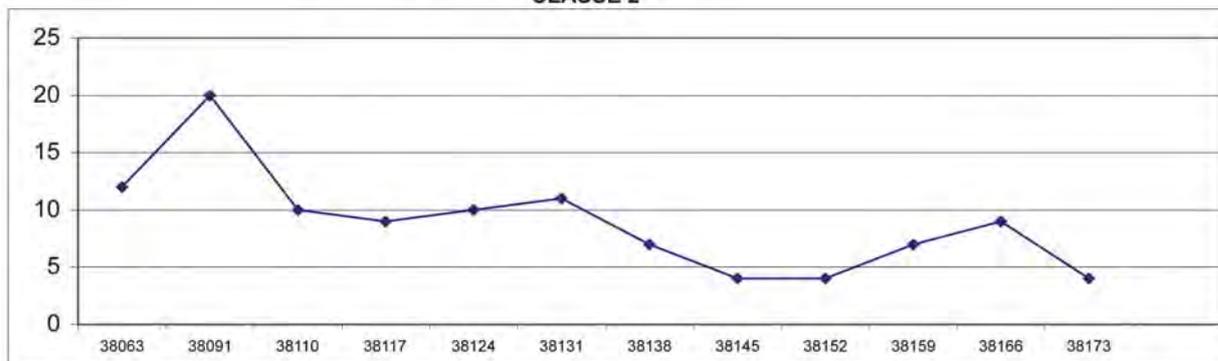
come esempio, quello dell'ecografia addominale presso l'ospedale di Pinerolo.

Tabella dei costi: Permette di confrontare il numero e le prestazioni previsti, programmati ed ancora programmabili. Consente cioè di monitorare l'andamento della spesa e di verificarne i margini economici residui.

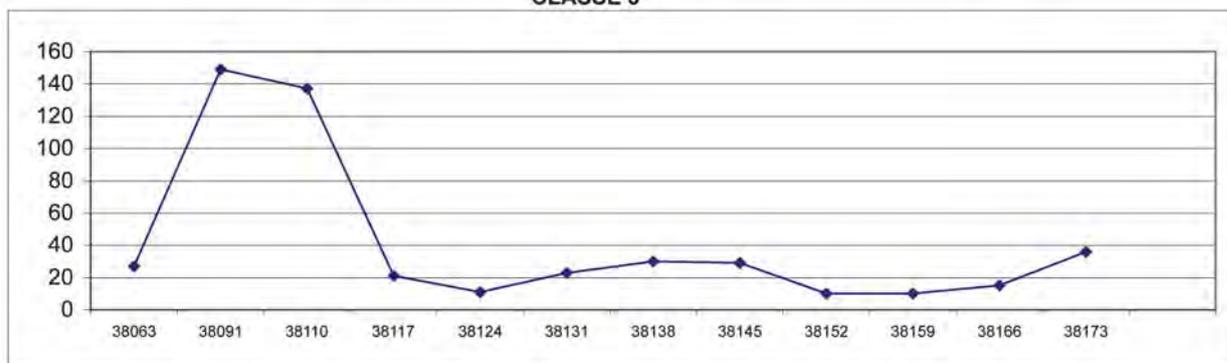
Studio flussi di mobilità: Il controllo di gestione ha attivato un sistema di monitoraggio delle modificazioni dei fenomeni di mobilità dei pazienti per le prestazioni oggetto di interventi, atto ad evidenziare incrementi della domanda ad essi collegati.

La lettura degli strumenti descritti descrive l'andamento del progetto in tutte le sue variabili. Consente inoltre, attraverso una esame congiunto degli stessi, un'analisi ed una interpretazione temporale dei fenomeni e dei rapporti causa-effetto fra azioni e risultati.

**ECOGRAFIA ADDOME
CLASSE 2**



CLASSE 3



PRIMI RISULTATI E CONCLUSIONI

Dopo i primi mesi di avvio del progetto si apprezzano già alcuni risultati parziali dello stesso.

Un primo giudizio sintetico permette di dire che esso sta evidenziando risultati complessivi molto buoni, con alcune criticità specifiche:

CONTROLLO DELLA DOMANDA

Sono state stilate, condivise ed adottate le prime 4 linee guida. (ecografia addominale, ecografia parti molli, ecocardiogramma, ecocolordoppler vascolare). La loro applicazione è stata inserita nei progetti obiettivo distrettuali dei medici di famiglia collegati alla specifica voce di retribuzione accessoria (ex art. 14 DPR 270/2000 ed ex art. 12 accordo integrativo regionale DGR 50/2003). Analogamente le stesse linee sono state adot-

tate dagli specialisti ambulatoriali. Sono in fase di scrittura altre 4 linee guida.

PRESCRIZIONI PER CLASSI DI PRIORITÀ E VERIFICA TEMPI D'ATTESA

L'adesione da parte dei medici prescrittori è stata elevata: il 100% dei medici utilizza le classi, circa il 90% delle prescrizioni riporta il codice di priorità. La classe 1, dopo un primo periodo di rodaggio dei percorsi, non ha creato problemi. Il 100% delle richieste è evaso in tempo utile.

Le classi 2 e 3, che manifestavano tempi di attesa superiori agli standard in modo significativo per costanza e valore, sono già state, nella quasi totalità, oggetto di azioni correttive, con gli effetti di seguito descritti.

VOLUME PRESTAZIONI EROGATE

Il volume di produzione è sensibil-

mente aumentato. Sono, infatti, state programmate circa 7.000 prestazioni aggiuntive per una spesa prevista di 96.302 €.

TEMPI DI ATTESA

I tempi di attesa hanno manifestato un sensibile calo medio e soprattutto un tendenziale in significativa riduzione. Di tale evidenza si può avere una visione complessiva ed immediata dalla figura 2 (tabella riassuntiva interventi/effetti) ove è visivamente apprezzabile una netta riduzione dei tempi in campo rosso e giallo ed un parallelo incremento di quelle di colore verde. Numericamente ciò può essere riassunto nella seguente tabella a lato.

E' anche sensibilmente diminuito il tempo d'attesa medio per prestazione, sia di classe 2: - 47% (gg. medi di attesa: -14,03); che di classe 3: - 45,5 % (giorni medi di attesa: -36,60).

PRESTAZIONI CRITICHE MONITORATE	Pre-progetto		Progetto avviato									
	14/4		10/5		24/5		7/6		21/6		5/7	
	Cl. 2	Cl. 3	Cl. 2	Cl. 3	Cl. 2	Cl. 3	Cl. 2	Cl. 3	Cl. 2	Cl. 3	Cl. 2	Cl. 3
n. prest. nello Standard	5	6	6	14	8	19	16	22	13	23	21	24
n. prest. vicino allo standard	3	2	4	2	4	3	3	4	8	2	3	1
n. prest. oltre standard	21	23	19	16	17	10	10	6	8	7	5	7

CRITICITÀ

Tali miglioramenti generali, hanno però effetti puntuali diversificati: in alcuni casi riduzioni evidenti e costanti (ad esempio ecografie addome, visite ed esami cardiologici); in altri, andamenti altalenanti significativi di una situazione non ancora a regime ma in miglioramento per un valore medio in riduzione (es. ecocolordoppler vascolare), oppure ancora risultati immediati annullati nel tempo da un fenomeno di incremento della domanda (es. visite oculistiche).

Come previsto a priori, le complesse dinamiche di formazione delle liste d'attesa legate al rapporto fra domanda ed offerta hanno, infatti, manifestato tutti gli effetti. Si è constatato, ad esempio, che all'accorciarsi della lista d'attesa corrisponde un incremento della domanda sia per fenomeni di attrazione di pazienti esterni al territorio della nostra ASL, sia per riduzione del meccanismo della mobilità verso altre strutture pubbliche, private accreditate ovvero private a pagamento.

Nella fase di applicazione concreta del progetto e nei risultati in atto hanno pesato anche situazioni di difficoltà a reperire il personale necessario. Ciò ha riguardato sia gli interventi descritti come straordinari, sia quelli strutturali.

Un ultimo elemento negativo sull'andamento dei tempi del periodo in esame è connesso all'imminenza del periodo estivo e alle inevitabili riduzioni di attività ordinaria che, per quanto limitate allo stretto indispensabile, incidono sull'offerta complessiva di prestazioni erogate.

In conclusione, quindi, a fronte del-

le criticità elencate, i risultati sin qui ottenuti sono senz'altro incoraggianti e tali da supportare la decisione di proseguire e portare a termine il progetto.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

* *Atti del Convegno: "La gestione delle liste d'attesa: dalla razionalizzazione della domanda ai monitoraggi"*. Firenze, 30 novembre 2001, Firenze Expo;

* Bertelle E., Dalla Rosa R., Laurino P., Parisi G.: "La selezione concordata della domanda. L'esperienza di Feltre e Trento". *Ricerca & Pratica*, 16: 87-97, 2000;

* Borgonovi E.: "Aziendalizzazione e governo clinico", *Mecosan*, n. 49: 2-6, 2004;

* Cavallo M., Tozzi V., Vendramini E.: "Le scelte per il governo regionale delle cure primarie", in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'azienda e la sanità in Italia. Rapporto Oasi 2001*, Milano, Egea, 2002;

* Davis B., Johnson S.: "Real-time priority scoring system must be used for prioritisation on waiting list". *BMJ*, 318: 1699, 1999;

* Federici A., Loiudice M.: "Il contributo dell'analisi dei tempi di attesa al miglioramento dell'attività ambulatoriali". *Mecosan*, 31: 99-106, 1999;

* Health Policy and Economic Research Unit: "Waiting List Prioritisation Scoring System". *Discussion n.6, British Medical Association*, Londra; December 1998;

* Health Services Commission: "Prioritized Health Services List". *Ordering of the April 19, 1993, Oregon Health Plan*, 1 Ottobre 1999;

* Longo F., Heller L.: "La quota retributiva variabile dei MMG: analisi di due casi aziendali", *Mecosan*, n. 47: 57-71, 2003;

* Longo F.: "Piano Lombardo: quali prospettive per i distretti e le cure primarie?", *Salute e Territorio*, n. 132: 159-162, 2002;

* Mariotti G.: "Tempi d'attesa e priorità in sanità. La selezione della domanda come strategia per la qualità". Milano, Franco Angeli, 1999;

* Mitchell I.M., Quinn D.W.: "Urgency and priority models. Model has limited practical application". *Lett. BMJ*, 316: 1828, 1998;

* Ramponi C.: "L'accreditamento dei medici di medicina generale: il progetto dell'ASL di Bergamo", *Panorama della sanità*, n. 46: 16-19, 2002;

* Sanna P., Fadda A., Paganelli A., Cioni L., Lazzarato M.: "Le liste e i tempi d'attesa dell'assistenza specialistica ambulatoriale: indicatori in uso nella Regione Emilia Romagna". *Mecosan*, 36, 2000;

* Tedeschi P.: "Il sotto-sistema informativo per la gestione della medicina generale. Opzioni di architettura, spunti metodologici, ritorni dell'investimento e tendenze operative", in Longo F., Vendramini E. (a cura di), *Il budget e la medicina generale*, Milano, McGraw-Hill, 2001;

* Tozzi V.: "Le aziende impegnate nelle sperimentazioni di budget: analisi per schede", in Cavallo M.C., Gerzeli S., Vendramini E. *Organizzazione e gestione delle cure primarie*, Milano, McGraw Hill, 2001;

* Wraight P., Rhoden W., Cooper G.: "Urgency and priority models. Distinction between urgency and priority helps no one". *BMJ*, 316, 1998.

* Vendramini E.: "Lo schema di fundholding e la sua implementazione: un'analisi attraverso la documentazione ufficiale", *Mecosan*, n. 21: 131-140, 1997.



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 940111, Fax 0522 940128
E-mail: info@coopservice.it



ERS ENDOSCOPE REPROCESSING AND STORING SYSTEM

UNA NOVITÀ MONDIALE TUTTA ITALIANA



ERS ENDOSCOPE REPROCESSING AND STORING SYSTEM



International Medical Service s.r.l.

Via Laurentina, 169 - 00040 POMEZIA (RM) - ITALY

Tel +39 069145399 - Fax +39 069146099

www.imsonline.it - e-mail ims@imsonline.it



Provvedimenti profilattici da effettuare in caso di paziente affetto da tubercolosi

G. Finzi*, P. Cugini*, E. Callea*, R. Masina*, T. Campione*

INTRODUZIONE

La tubercolosi è una malattia “arcaica”, presente nella storia dell’uomo sin dai suoi albori, ed all’epoca della scoperta del micobatterio rappresentava in Europa la principale causa di morte. Negli ultimi cinquant’anni l’incidenza della malattia è progressivamente diminuita, ma da alcuni anni il numero dei casi è cresciuto notevolmente in concomitanza con la diffusione dell’infezione da HIV, e a causa di una forte immigrazione di popolazione da Paesi in cui l’estensione di questa malattia è ancora elevata.

L’aumentata incidenza di questa malattia nella popolazione ricoverata e l’aumento di Pazienti ricoverati per altre patologie che presentano poi, ad uno studio più attento, la tubercolosi, hanno portato a definirne in modo più specifico la gestione.

L’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Policlinico S.Orsola-Malpighi ha adottato il protocollo operativo di seguito illustrato, la cui applicazione coinvolge gli Operatori sanitari delle Unità Operative/Servizi, gli Operatori del Settore Igiene della Direzione Medica Ospedaliera, le Unità Operative di Microbiologia, Anatomia e Istologia Patologica e Medicina del Lavoro, nel rispetto di quanto previsto dalla legislazione nazionale e regionale vigente.

LA TUBERCOLOSI

La tubercolosi è una malattia infettiva, di regola contagiosa, provocata dal complesso *Mycobacterium tuberculosis* (di cui si distinguono tre specie patogene per l’uomo: *Mycobacterium tuberculosis* o *M. Hominis*, *M. Bovis*, *M. Africanum* che viene isolato solo in alcuni Paesi dell’Africa).

Le manifestazioni cliniche interessano abitualmente i polmoni. L’infezione può essere generalizzata e coinvolgere in modo selettivo altri distretti corporei: le meningi, i linfonodi, le ossa e l’apparato urogenitale.

La sintomatologia risulta molto variabile, non solo per la diversità degli organi colpiti nel singolo caso clinico, ma anche per la notevole importanza che in questa infezione riveste lo stato immunitario dell’ospite nei confronti dell’agente eziologico. Si differenziano pertanto casi di:

- Tubercolosi primaria: il micobatterio invade un or-

ganismo privo di immunità specifica, più spesso a guarigione spontanea, ma che può progredire verso quadri di malattia conclamata.

- Tubercolosi post-primaria: l’infezione è in genere sintomatica, espressione di reinfezione endogena che si verifica dopo anni dalla infezione primaria ed in presenza di una immunità specifica.

Modalità di infezione: si trasmette per contagio interumano o, più raramente per contatto con materiali infetti.

Sorgente di infezione: espettorato dei Pazienti con tubercolosi polmonare “aperta”; altri possibili veicoli sono le urine (tubercolosi renale), il pus di focolai ossei.

La via di infezione più frequente è quella aerogena per inalazione di goccioline bacillifere e/o pulviscolo in cui sono presenti bacilli tubercolari. La via digestiva sta alla base della tubercolosi intestinale; i micobatteri così penetrati, tuttavia, possono raggiungere anche il polmone o altri organi per via linfatica o linfoematogena. L’infezione per via cutanea da impianto diretto attraverso la cute, è eccezionale e responsabile di forme cliniche particolari.

Valutazione del rischio di trasmissione si basa su tre tipologie di elementi:

- Caratteristiche di contagiosità: la contagiosità diviene in genere nulla in meno di 2 settimane di trattamento efficace e ben condotto. La maggioranza delle trasmissioni avviene prima della diagnosi e dell’inizio di un trattamento efficace. Il rischio di contagio sotto trattamento persiste nel caso di una multifarmacoresistenza primaria. Altri fattori influenzanti il rischio di trasmissione sono: la presenza di una caverna tubercolare, la laringite tubercolare, l’intensità e la durata della tosse, le espirazioni spontanee (canto, grida, ecc.) o provocate da manovre particolari (aerosol, ecc).
- Ambiente: la trasmissione dei bacilli tubercolari si verifica quasi esclusivamente per via aerea; tutte le condizioni che influenzano la concentrazione dei bacilli nell’aria ambientale condizionano il rischio di trasmissione.
- Il tipo di contatto con il caso: gli elementi da valutare sono la vicinanza al caso di tubercolosi contagiosa ed il tempo trascorso a contatto con il caso. Questi elementi consentono di classificare i contat-

ti in tre categorie: contatti stretti (persone che convivono con il caso o che hanno condiviso lo stesso spazio confinato per numerose ore al giorno); contatti regolari (persone che condividono regolarmente lo stesso spazio chiuso); contatti occasionali (persone che condividono occasionalmente lo stesso luogo chiuso)

Diagnosi: in linea generale, a seconda dell'organo colpito e del quadro patologico in atto, la diagnosi di tubercolosi è essenzialmente formulabile in base ai tre seguenti criteri: radiologico, batteriologico e immunologico (reazioni tubercoliniche).

Test tubercolinici: le tecniche di reazione tubercoliniche sono disparate, quali la cutireazione (scarificazione cutanea su cui si deposita una goccia e la cettoreazione, applicazione di un cerotto su cui è stata fatta essiccare la tubercolina). La più impiegata in clinica è l'intradermoreazione di Mantoux, che consiste nell'iniezione intradermica di 0.1 ml. della diluizione di tubercolina prescelta. Per le indagini di routine si inoculano 5 U di PPD (derivato proteico purificato) e si esegue la lettura dopo 48-72 ore. La reazione viene considerata positiva se compare un infiltrato locale di almeno 10 mm. di diametro (5 mm. nei pazienti immunocompromessi).

La positività ai test tubercolinici documenta semplicemente l'avvenuto contatto dell'organismo con il bacillo di Koch.

Schematizzando le caratteristiche di contagiosità: TUBERCOLOSI IN FASE CONTAGIOSA

Le caratteristiche della persona affetta da tubercolosi che influenzano il numero dei microrganismi emessi, e pertanto determinano la contagiosità sono:

- Tubercolosi con sede polmonare, laringea o bronchiale;
- Presenza di tosse o esecuzione di procedure che stimolano la tosse;
- Evidenza di BAAR (bacilli alcol acido resistenti) nell'escreato;

* Assenza di terapia o assunzione di terapia da meno di tre settimane o non risposta alla terapia.

In caso di esame dell'escreato non eseguito per cause diverse dalla mancata espettorazione, il malato di tubercolosi polmonare, laringea o bronchiale è da considerare in fase contagiosa se:

- non riceve terapia
- ha iniziato la terapia da meno di tre settimane e le misure di isolamento sono assenti o inefficaci
- non si evidenzia risposta alla terapia.

TUBERCOLOSI NON IN FASE CONTAGIOSA

Il malato di tubercolosi non è da considerarsi in fase contagiosa qualora:

- trattasi di tubercolosi non polmonare, né laringea, né bronchiale;
- tutti gli esami colturali dell'escreato e/o del gastroa-

spirato risultino negativi per micobatteri tubercolari (MT complex, M. tuberculosis);

- sia in trattamento efficace da più di tre settimane con evidente miglioramento clinico o radiologico.

Persistenza del rischio di contagio

La persistenza del rischio di contagio va valutata in funzione della malattia (recidive, casi cronici, malattia da resistenza multipla ai farmaci, irregolare assunzione della terapia) e nel contesto ambientale e sociale di vita.

PROVVEDIMENTI PROFILATTICI DA APPLICARE ALL'INTERNO DELLE UNITÀ OPERATIVE/SERVIZI

a) *Tubercolosi extrapolmonare (eccetto la forma laringea e bronchiale)*

Nella tabella 1 sono riportate le indicazioni da seguire in caso di ricovero di Paziente con tubercolosi extrapolmonare (eccetto la forma laringea e bronchiale), o di Paziente ricoverato al quale viene riscontrata in un secondo tempo tale patologia.

TABELLA 1

Paziente con tubercolosi extrapolmonare (tranne la forma laringea e bronchiale)	Adottare le precauzioni standard che vengono utilizzate per tutti i Pazienti; non è quindi necessario l'isolamento
- Scheda di notifica di malattia infettiva	Da inviare entro 48 ore dalla diagnosi di malattia sospetta o accertata al Settore Igiene Ospedaliera della Direzione Medica Ospedaliera. Qualora sia ragionevole prevedere che l'inoltro non avvenga entro le 48 ore, la scheda deve essere anticipata via fax.
- Scheda sorveglianza dell'esito del trattamento	Da compilare solo in caso di tubercolosi extrapolmonare associata ad una forma polmonare in soggetti residenti e domiciliati abituali nella Regione Emilia Romagna, e inviare entro una settimana dal termine dell'episodio assistenziale al Settore Igiene Ospedaliera della Direzione Medica Ospedaliera, che provvederà al successivo inoltro alle autorità competenti. Con "termine dell'episodio assistenziale" si intendono anche i casi di affidamento ad altra Unità Operativa o struttura sanitaria della Regione Emilia Romagna. Nel caso in cui il termine dell'episodio assistenziale coincida con il trasferimento del Paziente ad altra Unità Operativa o struttura sanitaria della Regione Emilia Romagna, copia della scheda deve essere inviata anche ai sanitari ai quali il malato viene affidato.
- Relazione sanitaria INPS	Da compilare in caso di tubercolosi accertata, e inviare al Settore Igiene Ospedaliera della Direzione Medica Ospedaliera

b) *Tubercolosi polmonare, laringea o bronchiale in fase attiva.*

Indicazioni relative all'isolamento:

Paziente con tubercolosi polmonare attiva o laringea o bronchiale accertata

- trasferirlo alla Unità Operativa Malattie Infettive
- oppure trasferirlo in una struttura specialistica per questo tipo di patologia
- se non è possibile effettuare il trasferimento applicare le misure di isolamento respiratorio

Paziente con tubercolosi polmonare attiva o laringea o bronchiale sospetta

- Attuare le misure di isolamento respiratorio a partire dal momento del ricovero o del sospetto.

Paziente affetto da tubercolosi escreato positiva

- L'isolamento respiratorio deve essere protratto fino a dimostrazione clinica o radiologica o batteriologica dell'efficacia della terapia.

Nella tabella 2 sono riportate le indicazioni da seguire in caso di ricovero di Paziente con tubercolosi polmonare o laringea o bronchiale in fase attiva, o di Paziente ricoverato per altra patologia al quale viene riscontrata in un secondo tempo tale malattia.

TABELLA 2

Camera singola con servizi igienici. (Se possibile camera con zona filtro) Se la stanza non è dotata di zona filtro, la porta deve restare chiusa ed il Paziente non deve uscire dalla camera.

Dispositivo individuale di protezione respiratoria Deve essere utilizzato sia dagli Operatori che da tutte le persone che entrano nella stanza di isolamento (facciale filtrante classe FFP2).

Facciale filtrante: classe FFP2 e FFP3 Inoltre è da impiegare nei locali dove vengono eseguite procedure che possono indurre nel Paziente la tosse o la produzione di aerosol, o qualora sia prevista l'esposizione a secrezioni respiratorie come ad esempio induzione dell'espettorato, broncolavaggio, somministrazione di pentamidina per aerosol (facciale filtrante classe FFP3). Per un corretto utilizzo dei facciali filtranti consultare le istruzioni d'uso fornite.

Camice protettivo Indossare il camice protettivo per evitare la contaminazione della cute e degli abiti durante le procedure assistenziali. Scegliere la tipologia di camice protettivo adeguata alla procedura che deve essere eseguita. I camici protettivi, dopo l'uso, devono essere smaltiti come materiale infetto, attenendosi alle modalità aziendali

Schermi di protezione per occhi e viso Indossare tali dispositivi nelle situazioni in cui vi sia il rischio di contaminarsi il volto e le relative mucose con schizzi.

Guanti monouso	L'uso è obbligatorio per tutte le manovre.
Lavaggio mani	Lavarsi le mani dopo aver toccato sangue, liquidi organici, secrezioni, escrezioni ed oggetti contaminati, indipendentemente dal fatto che siano stati o meno indossati i guanti. Lavarsi le mani immediatamente dopo la rimozione dei guanti, tra i contatti con i Pazienti, e in tutte quelle situazioni in cui esista il rischio di trasporto di microrganismi ad altri Pazienti o nell'ambiente. Può essere necessario lavarsi le mani tra procedure effettuate sullo stesso Paziente al fine di prevenire contaminazioni crociate di differenti siti corporei.
Precauzioni standard	Le norme di prevenzione nei confronti dei virus a trasmissione ematica devono essere applicate per tutti i Pazienti: pertanto sono da applicare anche nei Pazienti affetti da tubercolosi.
Lenzuola, copriletto, federe, coperte di lana, materasso, cuscini	Tutti gli effetti lettereschi, poiché da considerarsi potenzialmente contaminati, devono essere smaltiti come materiale infetto, attenendosi alle modalità aziendali.
Dispositivi medici ed attrezzature	Per quanto possibile utilizzare dispositivi medici monouso. I dispositivi medici riutilizzabili e le attrezzature al termine dell'utilizzo dovranno essere sottoposti ad idonei trattamenti di decontaminazione, pulizia, disinfezione o, se possibile, sterilizzazione. Per l'esecuzione dei corretti trattamenti, attenersi alle indicazioni del fabbricante dei dispositivi medici, o a quanto disposto dalla Direzione Medica Ospedaliera. Per quanto possibile, riservare ad uso personale del singolo Paziente durante la degenza anche i dispositivi riutilizzabili.
Sfigmomanometro, fonendoscopio, termometro	Uso personale. Alla dimissione, previa pulizia, sottoporli a seconda della compatibilità del dispositivo a processo di disinfezione o di sterilizzazione (attenersi per il trattamento dei dispositivi a quanto previsto in etichetta o nelle istruzioni allegate agli stessi).
Paziente	Provvedere ad un'adeguata educazione sanitaria del Paziente. Per quanto concerne le regole da seguire durante la sua permanenza in ospedale, informarlo sulle finalità dell'isolamento e relativamente ai comportamenti da seguire durante la degenza, che genericamente possono essere: - non uscire dalla camera di degenza se non indicato dagli Operatori sanitari; - rivolgersi al personale di assistenza per ogni informazione e necessità.
Visitatori	Limitare l'affluenza dei visitatori durante il periodo di contagiosità. Se necessario, e previo il consenso del Paziente, informarli con molta discrezione pur nel rispetto del segreto professionale e della privacy, sul comportamento da tenere durante la visita al Paziente. Se necessario fornire loro i Dispositivi Individuali di Protezione e spiegare le modalità di utilizzo degli stessi. Indicare loro di rivolgersi al Personale di assistenza per qualsiasi esigenza.

Trattamento dell'ambiente	Alla dimissione o al trasferimento del Paziente in altra Unità Operativa o struttura sanitaria, provvedere alla pulizia approfondita e disinfezione con prodotto a base di cloro dell'ambiente che lo ha ospitato.
Operatori ditta appalto pulizie	Il Coordinatore Infermieristico deve raccomandare agli Operatori che espletano il servizio di pulizia, tramite il loro Caposquadra o il Capo Settore, di indossare i dispositivi individuali di protezione previsti.
- Scheda di notifica di malattia infettiva	Inviare entro 48 ore dalla diagnosi di malattia sospetta o accertata al Settore Igiene Ospedaliera della Direzione Medica Ospedaliera. Qualora sia ragionevole prevedere che l'inoltro non avvenga entro le 48 ore, la scheda deve essere anticipata via fax. Si sottolinea l'importanza della compilazione corretta e più completa possibile della scheda di notifica di malattia infettiva al fine di poter valutare le caratteristiche di contagiosità del caso e prevederne le misure profilattiche per i contatti, contatti stretti e conviventi.
- Scheda sorveglianza dell'esito del trattamento	Da compilare per i soggetti residenti e domiciliati abituali nella Regione Emilia Romagna, e inviare entro una settimana dal termine dell'episodio assistenziale al Settore Igiene Ospedaliera della Direzione Medica Ospedaliera, che provvederà al successivo inoltro alle autorità competenti. Con "termine dell'episodio assistenziale" si intendono anche i casi di affidamento ad altra Unità Operativa o struttura sanitaria della Regione Emilia Romagna. Nel caso in cui il termine dell'episodio assistenziale coincida con il trasferimento del Paziente ad altra Unità Operativa o struttura sanitaria regionale, copia della scheda deve essere inviata anche ai sanitari ai quali il malato viene affidato.
- Relazione sanitaria INPS	Da compilare in caso di tubercolosi accertata, e inviare al Settore Igiene Ospedaliera della Direzione Medica Ospedaliera.
Trasporti in servizi vari per accertamenti diagnostici.	Limitare i trasporti e i trasferimenti del Paziente ai casi di assoluta necessità. Se le condizioni di salute del Paziente lo consentono, fargli indossare una mascherina chirurgica.
Trasferimenti in altre Unità Operative/strutture sanitarie	Informare gli Operatori del Coordinamento ambulanze della patologia del Paziente affinché indossino i dispositivi individuali di protezione specifici, e per l'applicazione dei relativi provvedimenti di pulizia e disinfezione delle attrezzature. Informare la struttura accettante della patologia di cui è affetto il Paziente in modo da favorire la predisposizione delle misure preventive e dei trattamenti successivi. In caso di trasferimento ad altra Unità Operativa o struttura sanitaria della Regione Emilia Romagna, ricordarsi di inviare ai sanitari a cui il Paziente viene affidato copia della scheda sorveglianza dell'esito del trattamento.

c) Diagnosi tardiva di TBC polmonare attiva o laringea o bronchiale sospetta o accertata

In caso di Paziente a cui è stata posta diagnosi di tubercolosi polmonare attiva o laringea o bronchiale tardivamente, e per il quale non erano state applicate le misure di isolamento e di prevenzione precedentemente descritte, procedere come di seguito indicato:

- trasferirlo alla Unità Operativa Malattie Infettive
 - oppure trasferirlo in una struttura specialistica per questo tipo di patologia
 - se non è possibile effettuare il trasferimento applicare le misure di isolamento respiratorio
- * telefonare o inviare fax al Settore Igiene Ospedaliera
- il Settore Igiene Ospedaliera provvede a valutare ogni singolo caso, di concerto con il Medico dell'Unità Operativa che segue il Paziente, in riferimento a quanto previsto dalla normativa e quindi:
 - viene disposto il controllo sanitario dei Pazienti ancora ricoverati che hanno condiviso la stanza di degenza con il Paziente affetto da tubercolosi
 - viene richiesto alla Unità Operativa l'elenco dei Pazienti dimessi che hanno condiviso la stanza di degenza con il caso indice. Quest'ultimo elenco, che deve comprendere oltre al nominativo dei Pazienti esposti anche l'indirizzo, il recapito telefonico e il periodo di ricovero, deve essere inviato al Settore Igiene Ospedaliera
 - viene trasmessa alla Unità Operativa Medicina del Lavoro la scheda di notifica di malattia infettiva per consentire la valutazione dell'esposizione del Personale sanitario e l'applicazione dei protocolli di sorveglianza.

UNITÀ OPERATIVA MICROBIOLOGIA

Secondo quanto indicato dalla circolare n. 9 del 26 aprile 2005 della Regione Emilia Romagna "Sistema di sorveglianza della tubercolosi", l'Unità Operativa Microbiologia è tenuta ad inviare tramite fax copia del referto di tutti gli esami microbiologici indicativi di tubercolosi polmonare eseguiti su escreato, bronco aspirato (BAS), lavaggio broncoalveolare (BAL) e aspirato gastrico, tempestivamente alla Direzione Medica Ospedaliera - Settore Igiene Ospedaliera, contestualmente alla trasmissione al medico richiedente.

Gli esami per cui inviare il referto sono:

- esami diretti positivi per bacilli alcol acido resistenti
- esami colturali con isolamento di *Mycobacterium tuberculosis*
- esami di microbiologia molecolare positivi per MT complex
- antibiogrammi relativi ad isolati con almeno una resistenza ai seguenti quattro farmaci antitubercolari: isoniazide, rifampicina, etambutolo e streptomina.

In caso di esami ripetuti nell'arco di pochi giorni (ad esempio tre diretti o colturali successivi) dovrà essere inviato solo il referto del primo esame risultato positivo. L'Unità Operativa Microbiologia è tenuta inoltre, entro il

primo mese di ogni semestre, alla trasmissione alla Direzione Medica Ospedaliera - Settore Igiene Ospedaliera, delle informazioni relative a tutti i soggetti con tubercolosi polmonare o extra-polmonare per i quali è stato eseguito, durante i sei mesi precedenti, un saggio di sensibilità ai farmaci antitubercolari, indipendentemente dall'esito dell'esame, utilizzando l'apposita modulistica.

UNITÀ OPERATIVA ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA

Secondo quanto indicato dalla circolare n. 9 del 26 aprile 2005 della Regione Emilia Romagna "Sistema di sorveglianza della tubercolosi", ogni Unità Operativa di Anatomia e Istologia Patologica è tenuta entro il primo mese di ogni semestre, alla trasmissione, alla Direzione Medica Ospedaliera - Settore Igiene Ospedaliera, di tutti gli esiti di esami biotipici, citologici o autotipici suggestivi per tubercolosi, utilizzando l'apposita modulistica.

IL SETTORE IGIENE OSPEDALIERA

a) Segnalazione del caso tramite arrivo di scheda di notifica

All'arrivo della scheda di notifica di malattia infettiva, il Settore Igiene Ospedaliera provvede:

- ad inoltrarla al M.O. Profilassi Malattie Infettive del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda USL di Bologna
- ad inviarla (tramite fax) alla Unità Operativa Medicina del Lavoro che provvede alla valutazione del caso ed alla applicazione dei protocolli di sorveglianza specifici nei confronti degli Operatori.
- all'apertura della pratica relativa all'indagine epidemiologica

Inoltre provvede:

- ad inoltrare al Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda USL di Bologna le schede di sorveglianza dell'esito del trattamento
- ad inviare all'INPS (Istituto Nazionale Previdenza Sociale) la relazione sanitaria

b) Segnalazione del caso attraverso l'arrivo del referto microbiologico

All'arrivo del referto microbiologico il Settore Igiene Ospedaliera provvede:

- ad inoltrarlo al M.O. Profilassi Malattie Infettive del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda USL di Bologna
- ad inviare lettera alla Unità Operativa di afferenza del Paziente con la quale viene richiesto l'invio della relativa scheda di notifica di malattia infettiva entro 48 ore. Qualora si tratti di caso di tubercolosi contagiosa, viene richiesto l'elenco dei Pazienti dimessi che hanno condiviso la stanza di degenza con il caso indice. Quest'ultimo elenco, che deve comprendere oltre al no-

minativo dei Pazienti esposti anche l'indirizzo, il recapito telefonico e il periodo di ricovero, deve essere inviato al Settore Igiene Ospedaliera. Viene inoltre disposto un controllo sanitario dei Pazienti ancora degenti che hanno condiviso la camera di degenza con il caso indice.

- all'apertura della pratica relativa all'indagine epidemiologica

UNITÀ OPERATIVA MEDICINA DEL LAVORO

L'Unità Operativa Medicina del Lavoro è responsabile dell'applicazione dei protocolli di sorveglianza del personale esposto a rischio di contagio da tubercolosi. Secondo quanto indicato dalla circolare n. 9 del 26 aprile 2005 della Regione Emilia Romagna "Sistema di sorveglianza della tubercolosi", l'Unità Operativa Medicina del Lavoro è tenuta, entro il 31 gennaio successivo all'anno di riferimento, alla trasmissione alla Direzione Medica Ospedaliera - Settore Igiene Ospedaliera della Scheda riepilogo screening tubercolinici - parte 1.

BIBLIOGRAFIA

* M. Moroni, R. Esposito, F. De Lalla "Malattie Infettive" quinta edizione - edizioni Masson.

* La Placa "Principi di microbiologia medica" ottava edizione - Società editrice Esculapio.

* Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990 "Sistema informativo delle malattie infettive diffuse".

* Decreto Ministeriale del 29 luglio 1998 "Modificazione alla scheda di notifica di caso di tubercolosi e micobatteriosi non tubercolare allegata al D.M. 15 dicembre 1990".

* Decreto legislativo n.626 del 19 settembre 1994 "Attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE e 90/679/CEE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro" e successive modifiche.

* Decreto legislativo 19 marzo 1996 n.242 "Attuazione delle direttive CEE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro".

* Regione Emilia Romagna - Circolare n. 21 del 24 novembre 1999 "Circolare del Ministero della Sanità n.4 del 13 marzo 1998 - Misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica - provvedimenti da adottare nei confronti di soggetti affetti da alcune malattie infettive e nei confronti di loro conviventi e contatti". Linee di indirizzo per l'applicazione in Emilia Romagna.

* Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano - Provvedimento 17 dicembre 1998 "Documento di linee-guida per il controllo della malattia tubercolare, su proposta del Ministro della sanità, ai sensi dell'art. 115, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n.112".

* Comune di Bologna - Regolamento di igiene per la tutela della salute e dell'ambiente - 2003.

* Circolare n. 9 del 26 aprile 2005 della Regione Emilia Romagna "Sistema di sorveglianza della tubercolosi"

***Direzione Medica Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Policlinico S. Orsola-Malpighi**



American Laundry Ospedaliera

I NOSTRI SERVIZI

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

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



www.americanlaundry.it | info@americanlaundry.it

VIA CERCIVALLAZIONE ESTERNA TRAVERSA PRIVATA-LETTIERI | 80057 NOLITO (NA) | TELEFONO DAL 701 15 31 FAX | FAX DAL 701 10 95

PONZI

**INGRESSI OSPEDALIERI
FUNZIONALI E DINAMICI**

Soluzioni sicure e intelligenti da un'azienda sempre in anticipo sui tempi. Eloquente il caso dell'ospedale di Vaio.

Una delle realtà produttive italiane maggiormente all'avanguardia, in continua crescita nel settore degli ingressi automatici, è la Ponzi di Bagnara di Romagna (Ravenna), che festeggia quest'anno il 53° anno di attività.

Precorrendo i tempi è stata tra i primi operatori del settore a cogliere i segnali di una domanda in piena evoluzione, tanto a livello tecnico che qualitativo e normativo, fornendo porte automatiche chiavi in mano secondo la Direttiva Macchine entrata in vigore dal 1996 e soddisfacendo in questo modo le esigenze architettoniche e tecniche delle committenze nei diversi settori di utilizzo: uffici, alberghi, aeroporti, centri commerciali e soprattutto nel settore ospedaliero. La gamma di prodotti realizzati per gli ingressi ospedalieri è particolarmente ampia e comprende tutte le tipologie di ingressi automatici pedonali (scorrevoli, pieghevoli, a battente), con sistema antipanico a sfondamento totale, porte girevoli di varie dimensioni (da 1,80 a 7,40 di diametro), corredate da appositi fascicoli tecnici che attestano la piena rispondenza alle più attuali normative vigenti. Il materiale utilizzato è prevalentemente l'alluminio, ma vengono impiegati anche l'acciaio inox e varie finiture quali brillantatura e verniciatura. I profilati sono progettati appositamente dall'ufficio studi e progetti della Ponzi e realizzati con spigoli arrotondati e antinfortunistici secondo le normative vigenti, con relative guarnizioni per le tenute termoacustiche che rendono le porte estremamente sicure e silenziose.

I SISTEMI UTILIZZATI

La gamma di prodotti utilizzata negli ospedali è estremamente varia: infatti oltre, al campo della compartimentazione dei teatri operatori (la Ponzi è un produttore di primissimo piano di ingressi sterili) è altresì in uso la vasta gamma di porte girevoli e scorrevoli per l'entrata in ospedali e case di cura. Recentemente la Ponzi Ingressi Automatici ha fornito gli ingressi automatici per il nuovo ospedale di Vaio.

Il nuovo ospedale si presenta altamente efficiente, tecnologicamente avanzato e in grado di rispondere alle prestazioni di sicurezze e prevenzione necessarie al buon funzionamento di un ospedale di oggi. Particolare attenzione è stata posta anche ai requisiti di comfort al fine di rendere i diversi ambienti accoglienti e rispettosi delle esigenze dei fruitori. Per tutti questi motivi è stata scelta l'azienda Ponzi, che ha un'esperienza già consolidata e una gamma propria di prodotti ad alte prestazioni. Il nuovo ospedale di Vaio è composto da più comparti funzionali che trovano corrispondenza con i corpi edilizi realizzati. Sotto l'aspetto strutturale l'ospedale è costituito da un corpo centrale suddiviso in tre parti corrispondenti alle attività di accettazione e ambulatori, agli spazi direzionali e al Pronto soccorso e ai reparti speciali e alle sale operatorie. Per i primi due comparti sono state utilizzate le porte scorrevoli lineari automatiche PONZI T.O.S. anche in soluzione combinata di bussola. Testata da un apposito Ente certificatore, la porta è risultata idonea all'uso per uscite di sicurezza aventi anche funzione di via di fuga, in alternativa alle tradizionali porte a battente manuali dotate di maniglione antipanico.

Le ante in esercizio normale sono apribili a battente, ribaltabili verso l'esterno in caso di emergenza o panico con una semplice pressione manuale; l'automatismo garantisce il raccoglimento laterale delle ante. Il dispositivo di apertura delle ante a



90° assume funzione di dispositivo antipanico e dispositivo di sicurezza. Per quanto riguarda la sicurezza e la prevenzione particolare attenzione è stata posta alle prevenzioni delle infezioni e delle situazioni di rischio che possono coinvolgere il personale e i pazienti, quindi anche per la compartimentazione interna dei vari ambienti sono state inserite porte scorrevoli lineari PONZI STA ad alto isolamento termo-acustico. Per il terzo comparto, che comprende invece rianimazione, camere calde e il blocco operatorio, sono state installate due diverse tipologie di porte intese come apparecchiatura elettro-biomedicale. Sono la porta a battente PON-

ZI DFA e la porta scorrevole PONZI STA. Il meccanismo silenzioso autocontrollato per porte apribili a battente, DFA 125, genera comfort: ovunque le porte si aprono automaticamente a battente senza bisogno di azionarle manualmente. Particolarmente studiato per le aperture nei locali adibiti a soggiorni di persone portatrici di handicap, malati, anziani, etc., è indicato allo stesso tempo per delimitare i teatri operatori. Le sale operatorie evolvono con la tecnologia chirurgica e medicale e sempre più è richiesta un'alta qualità dei componenti dell'involucro, in particolare per le porte che hanno il compito di separare gli ambienti, ma anche di renderli comunicanti tra loro garantendo le migliori prestazioni. L'automatismo DFA è certificato come dispositivo di chiusura per porte taglia fuoco per protezione antincendio. Il meccanismo rileva immediatamente qualsiasi tipo di ostacoli nella zona di rotazione dell'anta. Si ha arresto di sicurezza quando il meccanismo rileva una resistenza durante la fase di apertura. La porta si arresta immediatamente e si richiude; una pausa e ripete immediatamente la manovra d'apertura a velocità ridotta. La porta DFA 125, in mancanza di alimentazione elettrica, agisce come un chiudiporta normale. L'altro tipo di ingresso utilizzato in ambito operatorio è la porta a due ante scorrevoli PONZI STA che grazie al sistema di guarnizione elimina il pericolo di turbolenza dell'aria nel movimento e del relativo pulviscolo fonte di contaminazione batterica.

È progettata per resistere ad urti ed abrasioni e costruita con sovrastrutture alluminio estruso anodizzato e acciaio inox satinato fine nella versione STAR. La pannellatura in laminato HPL, le forme arrotondate e complanari e l'assenza di fughe nelle visive eliminano i ricettacoli di polvere e il pericolo di spigoli a vista per la sicurezza, con un ottimo risultato di resistenza all'usura, massima asetticità, massima pulizia e disinfezione, forma cromatica e disposizione. L'ottima tenuta garantisce, oltre ad un maggior controllo del trattamento all'aria e alla salvaguardia delle apparecchiature, un buon isolamento termo-acustico. La porta STA ha una notevole flessibilità di uso. La movimentazione può essere anche manuale, vi è la possibilità di applicare visive, di schermare al fuoco ed ai RX, di governo a distanza e/o con P.C. con sistemi intelligenti di building automation. La facilità di manutenzione fa sì che sia utilizzabile nella maggior parte degli ambienti operatori, negli ambulatori, nelle aree di pronto soccorso e di medicazione. Il nuovo ospedale di Vaio costituisce un sistema ospedaliero all'avanguardia dal punto di vista strutturale e sanitario. Questa nuova realtà sanitaria presenta infatti caratteristiche spaziali, ambientali, tecnologiche e impiantistiche innovative che permettono una gestione organizzativa efficiente e aggiornata, supporto indispensabile alla scienza medica più avanzata. Tali presupposti fanno dell'ospedale di Vaio un punto di riferimento d'eccellenza nella rete sanitaria territoriale oltre che un punto di riferimento di alta qualità nell'ambito delle strutture sanitarie ospedaliere a livello regionale e nazionale.

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

**“LA SICUREZZA DEGLI AMBIENTI SANITARI”
E’ DA OGGI IN UN LIBRO**

Quali rischi in ospedale? Il volume di Mario Lizza è una vera e propria “mappa” dei rischi nell’ambiente sanitario, ricostruita con l’attenzione di un “cartografo” di grande esperienza.

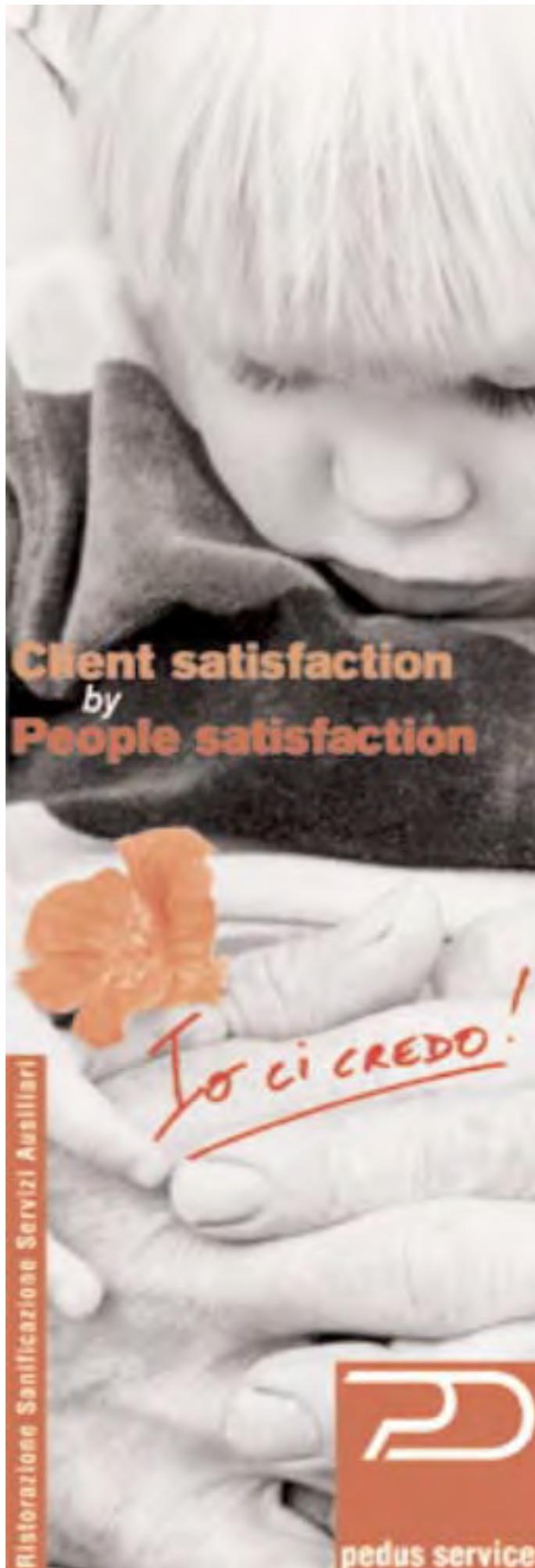


Il volume “La sicurezza negli ambienti sanitari” (640 pagine, edito dal Centro Scientifico Editore di Torino), di Mario Lizza, nasce dal tentativo di esaminare in modo organico tutta la complessa, diffusa, invisibile nocività degli ambienti sanitari analizzandone tutti i principali aspetti di rischio ai fini della sicurezza, tenendo conto delle due componenti fondamentali: la salute degli operatori e la salute dell’utente, al qua-

le vengono dedicati interi paragrafi. Vi si parla infatti dei rischi e della nocività da “agenti chimici” -quali le sostanze irritanti e allergizzanti, i gas anestetici, i farmaci antiblastici, gli incendi, ecc.-, agenti fisici, comprese le radiazioni ionizzanti e le onde elettromagnetiche, la corrente elettrica, ecc, agenti biologico- infettivi -dalle infezioni ospedaliere alle varie forme di epatite, AIDS, legionella-, da infortuni professionali, da fatica fisica legata soprattutto alla movimentazione dei pazienti, da organizzazione del lavoro e fatica nervosa, compresi turni notturni, burn-out e mobbing.

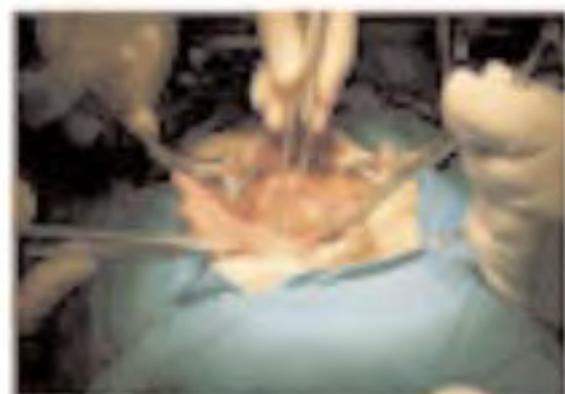
Quattro leit motiv ricorrono in ogni capitolo: -un metodo di analisi valido ed esportabile per qualsiasi altro ambiente di lavoro e di vita; il riferimento a tutta la normativa più recente relativa ad ogni argomento; l’importanza di una concezione sociale della medicina intesa come “forma mentis” allenata a cogliere la dimensione preventiva dei problemi e delle attività sanitarie; la necessità di attuare un’azione continua e capillare di informazione e di educazione sanitaria in modo da promuovere e qualificare la partecipazione, la tutela e la promozione della salute.

Convinto che il costo della malattia sia sempre assai più elevato di quello della sua prevenzione, Lizza, nato nel 1946 e attivo da 33 anni presso l’azienda USL di Pescara, già presidente SITI nei bienni 2001-2002 e 2003-2004, espone nel volume le riflessioni sui fattori di rischio esistenti nell’ambiente ospedaliero, in modo chiaro e comprensibile anche al cittadino comune. Il libro è agile, di piacevole e interessante lettura, e sa unire il rigore e la precisione tecnica con la ricchezza di passione civile. La stessa professionalità e la stessa passione che l’autore aveva già profuso in un fortunato manuale sui rischi nelle strutture sanitarie, “La fatica di essere sani”, uscito in tre edizioni in anni in cui su questi argomenti c’era ancora tabula rasa e la 626 era ancora in un futuro lontano.



ARIA STERILE A FLUSSO LAMINARE DIRETTAMENTE NELLA FERITA CHIRURGICA

Le infezioni da sito chirurgico continuano a rappresentare un importante problema di qualità nella chirurgia, di mortalità, morbidità e costi ospedalieri eccessivi. Sappiamo anche che il rischio infettivo dipende da molteplici fattori dalle condizioni del paziente al suo ingresso, dalle condizioni generali organizzativo-strutturali dell'ambiente, dall'implementazione scemata delle procedure comportamentali e dal tipo di chirurgia.



Spazi Laflow (disposizione a temperatura)

rappresentano dalle infezioni delle ferite chirurgiche. Queste ultime rappresentano meno di un terzo di tutte le infezioni ospedaliere e il loro impatto in termini di costi rappresenta più di 50% delle spese provocate dalle infezioni ospedaliere.¹⁷

Una recente stima dell'Istituto Superiore di Sanità indica che, in Italia, dal 5 al 10% dei pazienti ospedalizzati contraggono un'infezione ospedaliere, con un aggravio dei costi stimato in circa duecento milioni di euro all'anno. Almeno 3 milioni di cittadini si ricoverano ogni anno nei reparti chirurgici e circa 180.000 di questi presentano complicanze infettive nel decorso post-operatorio con un notevole consumo di antibiotici che fa aumentare i costi e favorisce l'emergenza di resistenze batteriche. I tassi di resistenza dei microorganismi sono in aumento in tutti gli ospedali. L'uso profilattico degli antibiotici nei reparti chirurgici riguarda approssimativamente il 40-50% degli antibiotici prescritti. L'uso di tali farmaci aumenta la prevalenza di batteri antibiotico-resistenti come lo *Staphylococcus aureus* (MRSA) che, ad esempio, la sua frequenza in terapia intensiva sfiora il 90% e in chirurgia il 60%. Nel nostro paese il tempo di degenza supplementare varia **dal 12,6 giorni delle infezioni da ferita chirurgica** ai 31,4 giorni delle infezioni multiple e se si aggiunge la spesa extra per farmaci ed indagini diagnostiche, i danni derivanti da morte o invalidità determinano un aumento dei costi globali annui pari a circa il 10% dei costi assistenziali. Uno studio inglese ha rivelato che,

in un intervento pulito effettuato in una sala operatoria convenzionale, il 90% dei batteri che si trovano nella ferita proviene dall'aria e di questi, il 30% si deposita direttamente, mentre la parte restante viene veicolata indirettamente. Diventa quindi importante spingere una riduzione della contaminazione microbica dell'aria anche a livello di due aree critiche la ferita chirurgica e il tavolo degli strumenti. Recentemente il V&M realizzata dalla ditta svizzera **Toul® Meditech** una unità mobile (figure 2-3-4) di flusso laminare dotata di filtri HEPA in aggiunta agli impianti di ventilazione a flusso laminare o a flusso turbolento presenti nella sala operatoria. È dotata di un sistema incorporato a video per il controllo e monitoraggio del flusso d'aria sterile sulla ferita chirurgica.

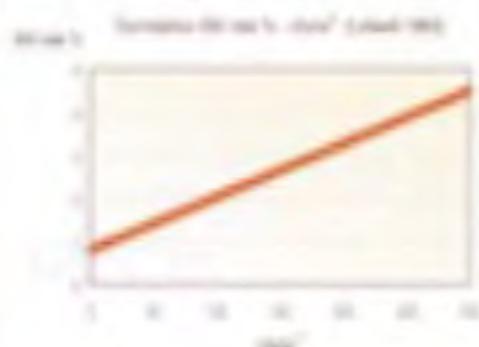
In tali condizioni si è fatto sempre più importante il concetto che, inevitabilmente, esiste nell'ambiente una carica batterica, fungina e virale aerodispersa proveniente sia dall'ambiente che dall'equipe chirurgica (figura 1). Le infezioni delle ferite chirurgiche rappresentano una larga parte di tutte le infezioni ospedaliere, con percentuali che variano dal 9,1% al 32%, inferiori per numero solo alle infezioni urinarie e a quelle della bocca via respiratoria. Nei reparti chirurgici il tasso di infezioni ospedaliere è maggiore rispetto ai reparti medici, proprio a causa del peso

Questa ultima rappresenta meno di un terzo di tutte le infezioni ospedaliere e il loro impatto in termini di costi rappresenta più di 50% delle spese provocate dalle infezioni ospedaliere.¹⁷



Fonte: G. Basso, L. Lucchini, del Dipartimento di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Torino, T. Marzulli e col. "L'effetto di una sala sterile (SIS) di flusso laminare sul la riduzione della contaminazione batterica e antibiotica durante in una sala operatoria convenzionale" 2007

UNA NUOVA ARMA IN GRADO DI CONTRASTARE LE INFEZIONI



Da risultati degli studi pubblicati sul *Journal of Hospital Infection* (2007) ottenuti dai ricercatori svedesi B. Folberg e coll. e indipendentemente confermati dal Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Parma, C. Pasquarella e coll., è stata evidenziata l'efficacia dell'unità mobile Toul[®] di ridurre al di sotto di 5 CFU/m³ (vedi tabella 1-2) la contaminazione microbica e particulare nella zona che viene investita dal flusso d'aria senza interferire con il sistema di ventilazione esistente. Il flusso d'aria è diretto sul campo operatorio.

Il flusso d'aria è diretto sul campo operatorio (vedi tabella 1-2) e viene appena perturbato dal personale sanitario, al contrario di quanto avviene con i sistemi d'aerazione tradizionali. L'aria dell'ambiente viene prelevata dalla macchina e filtrata attraverso filtri HEPA, trattando microrganismi, particelle e fumo prodotti durante l'attività chirurgica distribuendola verso il flusso laminare e in direzione orizzontale come rappresentato nella figura 1. L'alta velocità dell'aria al centro crea un "eccesso" di pressione, evitando il mescolamento dell'aria contaminata con la sterile in prossimità della ferita chirurgica.

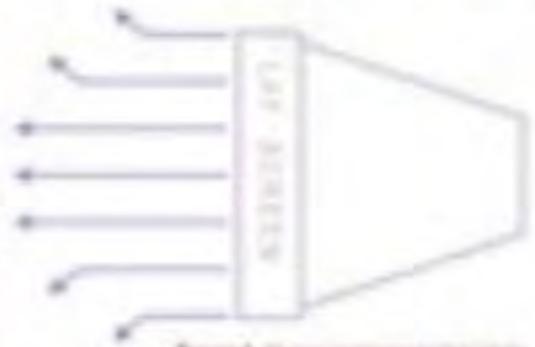


Figura 1. Posizionamento unitario

Tabella 1. Contaminazione in relazione al tipo di intervento (100 e 1000 di colonie formanti CFU/m³ e viene appena perturbato dal personale sanitario, al contrario di quanto avviene con i sistemi d'aerazione tradizionali. L'aria dell'ambiente viene prelevata dalla macchina e filtrata attraverso filtri HEPA, trattando microrganismi, particelle e fumo prodotti durante l'attività chirurgica distribuendola verso il flusso laminare e in direzione orizzontale come rappresentato nella figura 1. L'alta velocità dell'aria al centro crea un "eccesso" di pressione, evitando il mescolamento dell'aria contaminata con la sterile in prossimità della ferita chirurgica.



Figura 2. Toul mobile



Figura 3. Toul pendente



Figura 4. Toul mobile



Figura 5. Control

Per rispondere alle esigenze degli operatori di avere in camera operatoria il minor ingombro possibile, la Toul[®] ha realizzato il sistema a parete (figura 2) e può essere applicato al soffitto anche indipendentemente da pareti precedentemente installate. Il problema della contaminazione microbica degli strumenti chirurgici durante i lunghi interventi è stato risolto attraverso l'uso del Toul[®] direttamente sul tavolo porta ferri (figura 3), il quale può essere regolato sia in altezza che in lunghezza. Attraverso una telecamera, un PC incorporato e un software dedicato è possibile dirigere correttamente il flusso laminare sulla ferita chirurgica e controllare tramite un sistema di monitoraggio il tutto funzionamento dell'apparecchiatura (figura 5). Inoltre dei LED luminosi avvertono quando il filtro HEPA va sostituito.

- Tutte le Chirurgie
- Chirurgia in Day Hospital
- Chirurgia ambulatoriale
- Chirurgia d'urgenza Pronto Soccorso
- Unità grandi volumi
- Reparti Obstetrici
- Immunodepressi e immunocompromessi
- Trapianti
- Reparti ospedalieri e rischio infettivo
- Trattamento pazienti a rischio elevato
- Operati di campo
- Cardiocirurgia e Terapia Intensiva



Chirurgia Pronto Soccorso Anestesiologia Cardiocirurgia Chirurgia Anestesiologia e Terapia Intensiva

UN SISTEMA PER LA MASSIMA EFFICIENZA

Il sistema Getinge T-DOC assicura la rintracciabilità e la corretta gestione del ciclo di sterilizzazione.



La rintracciabilità del prodotto è una caratteristica indispensabile di un sistema di qualità poiché consente di ricostruire tutte le fasi del processo di sterilizzazione sino all'utilizzo dei ferri e soprattutto solleva l'operatore da responsabilità che potrebbero essergli imputate e permette un controllo costante ed aggiornato della produttività.

Le organizzazioni che meglio interpretano le attese dei cittadini traducono queste in procedure e servizi sanitari efficienti, in iniziative che si prestano ad essere seguite e che dispongono di strumenti di verifica delle proprie performance.

Il Sistema Getinge T-DOC è un sistema informatizzato completo per la rintracciabilità e la gestione della documentazione dell'intero processo di sterilizzazione, dal confezionamento del prodotto pulito fino alla conclusione, anche diversi giorni dopo, della successiva fase di termodisinfezione, con il ritorno in zona confezionamento.

Il sistema si basa su un database creato ad hoc, ad ogni articolo (o "prodotto") del quale viene a corrispondere un codice a barre completo di tutte le informazioni relative alla storia dell'articolo stesso. Il gran lavoro d'inserimento dati per la creazione dell'archivio personalizzato permette con l'andare del tempo di accedere a numerose possibilità fornite dal software, fino ad arrivare ad una totale gestione dello strumentario chirurgico e dei presidi medico chirurgici. Il sistema è in grado di collegarsi automaticamente alle macchine, infatti i processi di lavaggio e sterilizzazione sono controllati e registrati costantemente con il modulo Connectivity, in grado di permettere la lettura dei processi durante il funzionamento delle macchine. Ad ogni ciclo di lavaggio e sterilizzazione sono attribuiti i seguenti dati: tipologia macchina ; tipologia programma; tempi; temperatura; pressione; tipologia del carico; operatori. L'operatore si trova così sollevato da responsabilità che potrebbero essergli imputate ed è costante il controllo della produttività e dei costi. Il sistema per la rintracciabilità del prodotto sterile s'inserisce all'interno del sistema total quality garantendo: miglioramento continuo; metodiche costanti di verifica / revisione della qualità del servizio; strumenti d'analisi; sistemi di rilevazione della customer satisfaction; processo di certificazione UNI-ISO 9000. Il sistema è sviluppato appositamente per la raccolta e il monitoraggio dei dati relativi ai processi di sterilizzazione. Oggi, con l'aumentare della complessità di questi processi, aumenta anche la necessità di disporre della relativa documentazione. Il sistema T-DOC comprende una serie d'applicazioni suddivise in moduli, progettate appositamente per soddisfare le molteplici esigenze di un ospedale moderno. Tutte le singole aree funzione sono dotate di lettori di codici a barre, il cui processo di scansione è alla base del sistema.

info@getinge.it - www.getinge.com

TESSUTI TECNICI A PROVA DI NORMA

Padana Everest, forte della solida esperienza nel settore, ha realizzato una proposta di "Service" per la fornitura di set sterili per interventi chirurgici realizzati in Tessuti Tecnici Riutilizzabili (TTR), conformi alla norma UNI EN 13795.

Lo scorso maggio è stata pubblicata la seconda parte della UNI EN 13795 che si aggiunge alla parte prima della citata norma ed al draft della parte terza (oggi allo status di prEN).

Dalla contemporanea lettura delle tre parti di cui si compone la norma si ha una visione d'insieme delle caratteristiche che devono possedere i teli, i camici e le tute che sono utilizzati in Sala Operatoria come Dispositivi Medici in conformità al disposto della Direttiva 93/42/EEC (recepita dal D.Lgs. 46/92 e s.m.i.).

Il contenuto della succitata norma ha lo scopo di assicurare la massima protezione sia ai pazienti, sia agli operatori coinvolti nell'attività di sala operatoria impedendo la propagazione di agenti infettivi:

i camici chirurgici devono impedire il trasferimento per contatto diretto di agenti infettivi dall'equipe chirurgica alla ferita operatoria e viceversa;

i teli sono realizzati per garantire un'area di lavoro microbiologicamente pulita attorno alla ferita;

le tute devono ridurre la dispersione delle scaglie cutanee che sono veicolo per trasportare i batteri nell'ambiente.

A tale proposito Padana Everest, grazie all'esperienza pluriennale maturata nell'esercizio della specifica attività, ha sviluppato una proposta di "Service" per la fornitura di set sterili per interventi chirurgici realizzati in Tessuti Tecnici Riutilizzabili (TTR), conformi alla norma UNI EN 13795, con gestione personalizzata delle scorte ed assistenza in sala operatoria per l'utilizzo ottimale delle componenti del kit.

posta@padanaeverest.it
www.padanaeverest.it



UN SISTEMA EFFICACE CONTRO I CATTIVI ODORI

Grazie all'erogatore automatico Air Control scompare il problema dei cattivi odori negli ambienti.

La società torinese Or.Ma presenta l'erogatore automatico AIR CONTROL. Utilizzato con le bombole deodoranti della casa torinese, è in grado di nebulizzare, ad intervalli di 8-15 o 30 minuti, una piccola quantità di prodotto, creando uno schermo protettivo, costantemente rinnovato, contro i cattivi odori. AIR CONTROL funziona a pile la cui durata è superiore a 12 mesi. E' ideale per innumerevoli ambienti. Il dispositivo va installato ad un'altezza di circa 2,5- 3 m, in posizione tale da favorire alle correnti d'aria la distribuzione del prodotto in tutto l'ambiente. Un solo apparecchio (dimensioni altezza cm 18, profon-

dità cm 9, larghezza cm 13) è sufficiente a proteggere locali di 180- 200 mc. L'apparecchio è disponibile, su richiesta, anche con sensore a fotocellula. Tale dispositivo, regolabile da un interruttore interno, permette al diffusore di funzionare in tre diverse posizioni: solo di giorno, o comunque quando il locale è illuminato; solo di notte, oppure 24 ore su 24. Il dispositivo di spegnimento automatico notturno consente un risparmio di oltre il 30% di prodotto. Le bombole deodoranti disponibili in 13 diverse fragranze, in virtù della speciale formulazione, esplicano una triplice azione: eliminano i cattivi odori, sanificano l'aria e profumano l'ambiente. Una sola bombola ha una durata di oltre 30 giorni. L'azienda, che può vantare un'esperienza di oltre 15 anni nella costruzione di diffusori automatici, attraverso severi controlli effettuati durante l'intero ciclo produttivo assicura un altissimo livello di qualità e affidabilità dei propri prodotti, oltre che prezzi estremamente competitivi.

**aircontrol@ormatorino.it
www.ormatorino.it**

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**



Caso Karrel: ma i visto nulla di simile..



Karrel

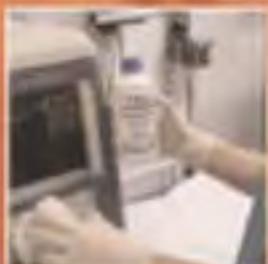
Via S. M. Ferraria 20/10
36050 Salsomaggiore (M. S. Maria) di S. Maria (MO)
Tel. 0522/ 4078 1411 - Fax 0522/ 4174 1111
www.karrel.it - karrel@karrel.it

DISINFEZIONE SENZA RISCHI

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,



Disinfezione delle superfici a rischio



mondial
Concrete answers to real problems

33088 Livorno - Palazzo - Via Oberdan 2
tel. 0586 766122 Fax. 0586 709611
info@mondialgroup.it www.mondialgroup.it



ARMADIETTI...A REGOLA D'ARTE

Una gamma vasta di soluzioni adatte ad ogni esigenza: Patentverwag garantisce sicurezza e massimo rispetto delle normative.

Patentverwag Italia ha iniziato la sua attività nel 1971 nel settore degli arredi per impianti sportivi, palazzetti dello sport e palestre. Dall'esperienza decennale in questo campo è nata la divisione "arredi per la sanità", che ha assunto, nel tempo, un'importanza sempre maggiore. Il particolare sistema costruttivo adottato dall'azienda, che si basa fra l'altro sull'impiego di materiali assolutamente inossidabili, come laminato HPL, alluminio anodizzato, acciaio inox e nylon, consente di realizzare una tipologia vastissima di armadietti per soddisfare le esigenze più varie. L'avvento di normative severe, come la 626/94, ha imposto quella che si può considerare una vera e propria rivoluzione nella costruzione di armadietti per spogliatoi industriali, poiché ha introdotto nuove vincolanti disposizioni: in particolare, la netta differenziazione tra lo spazio dedicato agli indumenti da lavoro e quello destinato agli abi-

ti civili, il ripiano terminale inclinato e il rialzo dal pavimento. Caratteristiche che consentono di separare gli abiti "sporchi" da quelli "puliti", di facilitare le operazioni di pulizia negli armadi e di evitare nel contempo l'accumulo di oggetti ed indumenti sopra gli stessi, consentendo una seria, completa ed estesa pulizia dei pavimenti.

In quest'ottica l'azienda ha pensato a un armadietto innovativo per gli spogliatoi ospedalieri, ed ha sviluppato una serie di proposte e una vasta gamma di modelli alternativi. La tipologia standard, che è la più diffusa, prevede: due scomparti verticali chiusi da una sola antina; due vani sopra e sotto gli scomparti verticali destinati rispettivamente agli oggetti e alle calzature; un rialzo da terra di 20 cm per facilitare la pulizia dei pavimenti; la regolazione dell'assetto mediante speciali piedini in acciaio inox gommato; feritoie lungo i ripiani per facilitare la fuoriuscita di eventuali liquidi di lavaggio. Patentverwag Italia produce da 30.000 a 40.000 armadi di questo tipo all'anno, oltre a migliaia di box doccia e wc per i servizi igienici, che sono un indispensabile complemento delle zone spogliatoio, oltre a pareti divisorie, panchine per spogliatoi e tappetini antisdrucchiolo. Sono già un gran numero le strutture ospedaliere nazionali che hanno arredato i propri spogliatoi con gli armadietti Patentverwag Italia.

info@patentverwag.it
www.patentverwag.it

NUOVI ORIZZONTI PER IL CONTROLLO DELLA SICUREZZA E DEL COMFORT

L'appuntamento è per venerdì 23 settembre, a Monastier di Treviso, in occasione del Congresso Nazionale ANMDO. Airnova sponsorizza un Workshop.

Venerdì 23 Settembre, dalle ore 09.00 alle ore 12.00 a Monastier di Treviso, in occasione del 31° Congresso Nazionale ANMDO, in Sala Verdi, con il prezioso aiuto di tre autorevoli relatori, la società AIRNOVA sponsorizza un Work Shop nel corso del quale saranno affrontati gli argomenti relativi allo studio delle prestazioni ambientali nei blocchi operatori:

1. Le normative vigenti nei riguardi dei parametri correlati alla qualità dell'aria nei blocchi operatori (F.R. d'Ambrosio Alfano - Università di Salerno)
2. Progettazione degli impianti meccanici di ventilazione HVAC per ambienti a contaminazione controllata (P.A. Galligani - Coordinatore Comitato Scientifico ASCCA)
3. Protocollo di misura per la qualifica, la classificazione ed il controllo delle prestazioni di una sala operatoria (E. Bompadre - Delegato Italiano UNI ISO TC 209 WG 2 e WG 9).

Nella breve memoria storica non si ricorda che in un evento a così grande diffusione siano state affrontate le problematiche relative al controllo delle condizioni ambientali al fine di valutare l'igiene, la contaminazione ed il comfort in ambienti ospedalieri delicati come sono soprattutto

to i blocchi operatori.

Già in passato, occorre riconoscerlo, si erano tenuti incontri per la maggior diffusione e apprendimento delle nuove linee guida ISPESL, ma oggi si è ritenuto opportuno uscire dalla logica del "dopo" e, con il contributo di tanti, incominciare ad essere propositivi verso le Istituzioni che sempre più sentono la necessità, per il bene di tutti, di sfruttare le molteplici esperienze vissute sul campo. AIRNOVA, per sua natura, è un'azienda che avverte la vocazione di fare cultura ma anche educazione ed è quindi votata ad un'opera di raccolta e trasmissione di informazioni che devono essere valutate con l'attenzione tipica del professionista serio, sereno e disinteressato, che sa, in un campo così delicato, di dover mettere a disposizione di un sempre maggior numero di persone notizie supportate da credibilità scientifica. Non solo, ma il compito di AIRNOVA deve essere anche quello di aiutare, soprattutto chi opera nel pubblico, con il pubblico e per il pubblico, a muoversi nella giungla di linee guida, norme e leggi quasi sempre oscure, il più delle volte solo interpretabili con il concreto rischio di commettere errori perseguibili, anche se si opera in buona fede.

Cercheremo di proporre uno schema semplice e funzionale che consenta, trasferendo la ricchezza di esperienze maturate in campo, la realizzazione di strutture sicure passando attraverso la progettazione di sistemi meccanici di trattamento dell'aria che rispondano ai concetti di "Ef-

ficacia di Funzionamento realizzati nel rispetto rigoroso della "Regola dell'Arte".

Ma la massima importanza sarà data ad una sempre più spinta ricerca di sistemi di controllo, che aiutino a verificare il costante mantenimento dei parametri critici, definiti dalla normativa e dalla letteratura a livello nazionale ed internazionale.

I parametri critici devono essere tenuti continuamente sotto controllo utilizzando un sistema di supervisione basato su sensori appositi con implementazione dei valori di allarme e delle soglie di attenzione. Tali segnali, pre-allarme ed allarme (nuovo concetto di Cruscotto Ambientale), devono essere riportati nel reparto, es. camera operatoria, al fine di interromperne, limitarne o vietarne l'utilizzo.

Tutto questo al fine di:

- ▶ favorire la gestione;
 - ▶ garantire una maggiore rappresentatività dei parametri monitorati rispetto ai controlli periodici e puntiformi;
 - ▶ ottenere benefici influssi su tutta l'organizzazione del lavoro, creando un ambiente operativo integrato e instaurando un rapporto di vera sinergia tra i reparti e la "direzione" delle strutture sanitarie, che deve riacquisire precise competenze nel campo della igiene ospedaliera, essendo lei chiamata a gestire uno o più "cruscotti ambientali" per garantire la qualità dell'aria in ospedale.
- In concreto presso le sale operatorie è opportuno inserire un impianto di monitoraggio della qualità dell'aria in grado di monito-

rare:

- ▶ gas e vapori
- ▶ particolato
- ▶ carica batterica
- ▶ ventilazione
- ▶ sovra - pressione con specifico sistema di acquisizione dati.

Essendo tale impostazione assolutamente innovativa, si consiglia due distinti livelli operativi:

1. utilizzare il sistema per rispondere pienamente ai controlli periodici secondo quanto indicato dalla Circolare n. 5 del 1989 del Ministero della Sanità e dalle Linee Guida ISPESL sulle sale operatorie;
2. attivare un piano di lavoro per sviluppare il monitoraggio in continuo definendo :
 - ▶ "Cruscotto ambientale", precisandone i principali parametri;
 - ▶ Il modello di analisi
 - ▶ I livelli di accettabilità
 - ▶ L' action level
 - ▶ L' alert level
 - ▶ Le azioni e procedure correttive
 - ▶ Il trattamento delle "non-conformità"
 - ▶ La definizione del piano di formazione del personale dedicato alla lettura ed interpretazione dei dati rilevati sul cruscotto.

Gli stessi argomenti saranno affrontati a Parma in occasione del 68° Congresso Nazionale del SIMLII giovedì 6 Ottobre alle ore 15.30 sala A e sempre a Parma in occasione del IX Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica SiTi Giovedì 13 Ottobre dalle 08.30 alle 13 e dalle 14 alle 16.30 durante il corso con applicazioni pratiche.

info@airnova.it
www.airnova.it

Da oggi Comesa Sistemi Medicali è anche Merivaara.



www.comesamed.it

È l'unica sul mercato italiano (due marchi) con una storia fatta di 150 anni di esperienze e competenze.

Comesa Sistemi Medicali e Merivaara presentano una gamma completa di prodotti garantiti ben 36 mesi.

Sono costruiti con tecniche innovative per offrire il massimo comfort al paziente e la massima attenzione alle esigenze operative del medico e del personale preoperatorio.

Da oggi tutto questo è a tua disposizione.

 **MERIVAARA**

COMESAMED
SISTEMI MEDICALI

COMESA Sistemi Medicali s.r.l.
Via T.A. Sotani, 8 - 20090 Sesto San Giovanni - Italia
Tel. +39 02 40780200 • Fax +39 02 40780209
www.comesamed.it • info@comesamed.it



IL SISTEMA COMPLETO PER LA SANIFICAZIONE

Dierre presenta un sistema completo ed affidabile per la sanificazione in ambito ospedaliero.

Dierre, azienda leader nel settore della distribuzione di prodotti e servizi per la pulizia professionale, ha utilizzato la sua trentennale esperienza mettendo a punto una proposta specifica per la sanificazione nelle strutture sanitarie. Nello specifico, la proposta Dierre include l'utilizzo del 'Sistema 3P' per le superfici, sistema che prevede la possibilità di svolgere un gran numero di funzioni quotidiane di pulizia mediante l'uso di soli tre prodotti concentrati. I vantaggi di questo sistema stan-

no nella semplicità d'utilizzo, nell'elevata qualità dei prodotti e nella possibilità di diluire esattamente i prodotti evitando gli sprechi. Al Sistema 3P si combina perfettamente, a livello di accessori, la linea di panni e mop in microfibra per la pulizia ad umido di tutte le superfici, contraddistinta dall'estrema qualità dei prodotti e risultati visibili e duraturi. I carrelli multiuso, inoltre, hanno due caratteristiche innovative: flessibilità d'uso per rendere il carrello adattabile a diversi utilizzi, ed ergonomia per soddisfare le diverse esigenze degli operatori. Oltre ad offrire una gamma completa di prodotti e accessori, Dierre propone apparecchiature automatiche per il dosaggio ed un servizio tecnico di assistenza qualificata per l'installazione ed il monitoraggio dei dosatori. A ciò si aggiunge, per completare l'offerta alle strutture sanitarie, una linea di disinfettanti per la disinfezione di arredi, stanze, attrezzature e sale operatorie.

info@dierresrl.com
www.dierresrl.com

LA SOLIDITA' DELL'ESPERIENZA

Biancheria piana, tessuti ed abiti per comunità, enti ed aziende di servizi.

Zaccaria spa, fondata nel 1947, è un'Azienda tessile attiva con successo nella fornitura di biancheria piana, tessuti ed abiti professionali per comunità, enti ed aziende di servizi rivolte al settore sanitario. Un'esperienza consolidata in oltre 50 anni di attività costituisce il valore aggiunto di tutta la sua organizzazione espresso in termini di know-how, professionalità e competenza. Azienda flessibile e dinamica, è caratterizzata da un forte orientamento al mercato finalizzato a coglierne ed interpretarne i mutamenti in corso. Tale approccio si traduce nel continuo impegno di tutta l'organizzazione aziendale ad individuare e soddisfare esigenze e bisogni, attuali ed emergenti, dei suoi Clienti proponendo le soluzioni più adatte alle problematiche

esposte in un'ottica di rapporto di consulenza e di stretta collaborazione. La Zaccaria considera la qualità come uno dei fattori fondamentali su cui si costruisce il successo di un'Azienda moderna. A fronte di tale convinzione ha conseguito, nel 2001 tra le prime aziende in Italia, la certificazione di Sistema di Gestione per la Qualità sulla base del nuovo programma di revisione e miglioramento delle norme ISO 9000 denominato Vision 2000. Tale impegno evidenzia come l'intera organizzazione aziendale e l'attività da essa svolta siano indirizzate a garantire all'utente finale la qualità sia in termini di prodotto e che di servizi forniti. In questa direzione è orientata la filosofia che sta alla base della ricerca e dello sviluppo di nuovi prodotti come, ad esempio, i camici chirurgici certificati DPI III categoria contro rischio biologico o la linea di abbigliamento alta visibilità per addetti a servizi di pronto intervento manufatti, questi, ad alto contenuto tecnico e tecnologico. L'attenzione rivolta alla qualità è, inoltre, testimoniata dall'autorizzazione, ottenuta nel 2000, all'utilizzo del marchio Oeko-tex Standard 100 che garantisce l'assenza di sostanze nocive nei prodotti tessili confezionati. Qualità di prodotto si traduce, anche, nell'utilizzo di materiali altamente qualificati: Zaccaria è concessionaria esclusiva per l'Italia per l'utilizzo del tessuto Gore destinato alla confezione di dispositivi medici (camici e teli) utilizzati in sala operatoria. La qualità di prodotto si accompagna, nella filosofia aziendale, alla qualità dei servizi forniti ai Clienti. In un'ottica di costante collaborazione con i propri partners commerciali, Zaccaria è in grado di erogare numerosi servizi pre e post vendita tra i quali la consulenza tecnica, finalizzata ad individuare il modello e la tipologia di tessuto più adeguati all'utilizzo dell'indumento, la realizzazione di prototipi e la creazione di articoli personalizzati su espressa indicazione del Cliente. Tra i servizi offerti vi è anche il know-how aziendale a supporto della preparazione di qualsiasi "campo operatorio", tramite fornitura di kit già predisposti, e del trattamento di questi particolari prodotti in fase di lavaggio e sterilizzo.

L'azienda si pone come una moderna organizzazione marketing oriented che considera i propri Clienti una risorsa primaria fondamentale per la propria crescita e sviluppo e per questo motivo orientata alla loro completa soddisfazione.

Zaccaria, inoltre, sostiene l'attività di Emergency, Associazione umanitaria italiana per la cura e la riabilitazione delle vittime di guerra e delle mine antiuomo, attraverso la fornitura di indumenti e telerie per le sale operatorie dei vari ospedali e per i punti di primo aiuto in zone di guerra.

carantini@zaccariaspa.net
www.zaccariaspa.net





L'IGIENE A NOLEGGIO PER L'ADEMPIMENTO DELLE NORMATIVE EUROPEE

AlSCO Italia, nata nel 1963 come Linen Supply Italiana, ha iniziato a Merlino (Milano) l'attività di noleggio e lavaggio su scala industriale di abiti da lavoro e biancheria, prima azienda in questo ambito di attività nel mercato Italiano.

AlSCO Italia si occupa direttamente di tutti gli elementi che compongono i servizi di gestione, noleggio, lavaggio e manutenzione di indumenti da lavoro professionali e di biancheria piana per i vari settori industriali, del commercio e della sanità.

La presenza capillare in Italia con 9 Sedi operative consente di realizzare i servizi previsti visitando oltre 5000 clienti settimanalmente con una propria rete di distribuzione.

Una struttura articolata di circa 650 dipendenti permette di replicare il Sistema di Qualità certificato UNI EN ISO

9001:2000 in modo uniforme a tutte le latitudini, per la migliore soddisfazione del Cliente. I camici chirurgici, i teli chirurgici e le divise clean air vengono impiegati per minimizzare la diffusione di agenti infettivi alle/dalle ferite chirurgiche dei pazienti.

Si aiuta così la prevenzione delle infezioni postoperatorie. I camici chirurgici, i teli chirurgici e le divise clean air sono dispositivi medici in quanto vengono usati per la prevenzione di malattie (cfr. Direttiva Europea sui Dispositivi Medici 93/42/EEC (MDD). Questi prodotti sono quindi sottoposti ai regolamenti europei e nazionali. Per assolvere il proprio compito, i camici chirurgici, i teli chirurgici e le divise clean air devono rispettare i requisiti di sicurezza della MDD. Questi ultimi sono specificati nella serie degli standard europei contenuti nella EN 13795. La EN 13795 richiede, infatti, specificatamente valori relativi alla barriera microbica, alla pulizia, al rilascio di particelle ed alla robustezza.

Studi scientifici dimostrano che il rischio di passaggio dei batteri in condizioni bagnate può essere ridotto dall'aumento dei valori della barriera al passaggio dei liquidi. Di conseguenza può essere aumentata la sicurezza per i pazienti e per il personale medico. Considerando i risultati scientifici e prescindendo da regole più restrittive, i camici ed i teli per camera operatoria dovrebbero non consentire il passaggio di liquidi ad un valore minimo di 30 cm di colonna d'acqua, livello raccomandato per garantire una sicurezza adeguata. Tali tessuti non solo offrono sicurezza e protezione in interventi chirurgici in condizioni asciutte o con bassa perdita di liquidi, ma consentono anche un utile margine di protezione per evenienze casuali. E sempre da studi specifici giunge la dimostrazione dei risultati superiori dei tessuti per camera operatoria riutilizzabili, debitamente ripristinati. La standardizzazione europea dei camici chirurgici, dei teli chirurgici e delle divise clean air ha portato all'importante definizione di quale rendimento deve essere fornito dai tessuti chirurgici. L'aspetto sorprendente sta forse nella grande importanza, confermata dagli studi, di un opportuno ripristino di tali accessori. Se opportunamente ripristinati, infatti, i camici chirurgici, i teli chirurgici e le divise clean air riutilizzabili mostrano migliori risultati rispetto ai monouso e raggiungono standard elevati di controllo delle infezioni. Il principale obiettivo dei prodotti per camera operatoria è quello di ridurre il trasferimento di agenti patogeni alla e dalla ferita del paziente.

Il valore della barriera è quindi la caratteristica più importante dei tessuti chirurgici.

www.alsco.it

ALSCO
Italia

QUALITÀ SIGNIFICA RESPONSABILITÀ

Nel settore sanitario la qualità è tutto: lo sa bene Eurospital, una società impegnata a trecentosessanta gradi nella ricerca e nello sviluppo di soluzioni innovative.

La qualità, a maggior ragione nel settore sanitario, è un gesto di responsabilità verso gli altri e verso se stessi. In quest'ottica la Eurospital di Trieste, in accordo con le normative di settore vigenti e Direttive CE si impegna a sviluppare, produrre e consegnare prodotti e servizi della più elevata qualità al fine di soddisfare le aspettative della clientela. E' il caso di Clean Safe, emulsione che costituisce una valida soluzione alternativa ai solventi organici per la rimozione di cerotti, collanti ed altri residui dalla cute. Semplice l'utilizzo: basta agitare il flacone da 250 ml e applicare sulla cute con cotone. L'azienda, in virtù di una filosofia operativa improntata al dinamismo e al continuo miglioramento, si contraddistingue per gli importanti investimenti in ricerca e sviluppo di nuove soluzioni. Fra le novità, da segnalare anche la recente inaugurazione del sito web di GastroMidax, un dispositivo medico diagnostico, non invasivo, che esegue una analisi tomografica della bioimpedenza extracellulare della regione colon-rettale (www.gastromidax.com).

info@eurospital.com

www.eurospital.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 (BO) Italy
TEL: 0521 933 964 - FAX: 0521 933 961
E-mail: vacatur@bo.it

LE TRE VIE DELL'ECCELLENZA OSPEDALIERA

Servizi Ospedalieri SpA, del Gruppo Manutencoop, ha sponsorizzato un incontro svoltosi a Lucca in giugno. Al centro del dibattito l'outsourcing dei servizi di sterilizzazione dei ferri chirurgici.

Nei giorni 22 e 23 giugno scorsi si è svolto, a Lucca, nella bella cornice del Grand Hotel Guinigi, il 2° Corso Nazionale di Aggiornamento su un tema di grande attualità nel settore dei servizi sanitari: "La sterilizzazione dei ferri chirurgici in outsourcing".

L'incontro, accreditato ECM, è stato organizzato da Gestione&Formazione- Scuola per Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali, patrocinato da A.N.M.D.O.- Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere e sponsorizzato da Servizi Ospedalieri SpA, società del Gruppo Manutencoop, presentatasi all'evento di Lucca con il suo nuovo marchio, che ribadisce anche graficamente il saldo legame con il Gruppo. La Manutencoop, con circa 12.000 addetti e un fatturato di 500.000.000 di euro, rivolge alla sfera sanitaria il 50% della propria attività, garantendo ogni tipo di servizio. Alla Servizi Ospedalieri è stata affidata in outsourcing la gestione della centrale di sterilizzazione dei ferri chirurgici dall'ospedale S. Maria Le Scotte di Siena. Tale centrale è la prima in Italia a fregiarsi del marchio CE relativo ai processi di ricondizionamento e sterilizzazione di tutti gli strumenti trattati. Servizi Ospedalieri intende porsi quale partner per tutte le attività di allestimento del campo operatorio, puntando all'eccellenza su tre versanti: il primo è quello dell'allestimento del campo operatorio con il sistema Barriertech(r),

una soluzione che risponde alle esigenze specifiche dell'équipe di sala operatoria. Questo sistema permette di adattare i kit offerti ad ogni particolare tipologia di intervento. Teli e camici sono realizzati in trilaminati e microfibre, tessuti riutilizzabili che, oltre ad essere conformi alle più recenti normative europee, consentono di azzerare i costi sostenuti per lo smaltimento dei rifiuti sanitari speciali. Un sistema di logistica integrata coordina i diversi stadi del processo, permettendo una distribuzione capillare senza passaggi intermedi, per assicurare razionalizzazione dei costi e maggiore controllo sul prodotto. Il secondo aspetto è quello connesso con le operazioni di sterilizzazione dei ferri chirurgici. Al fine di agevolare al massimo l'attività chirurgica lo strumentario deve essere restituito in tempi brevi: tale condizione può essere soddisfatta solamente se la centrale di sterilizzazione è ubicata strategicamente all'interno della struttura sanitaria. Gestire correttamente una centrale significa conoscere le reali esigenze del Cliente, individuare le soluzioni ottimali monitorando costantemente i processi e creando un rapporto di stretta partnership. Terzo ed ultimo aspetto importante è quello della rintracciabilità dei prodotti. Ogni capo fornito sterile in sala operatoria, essendo dotato di microchip, viene identificato, monitorato e pertanto può essere rintracciato in ogni momento ed in ogni fase produttiva.

ServiziOspedalieriSPA@serviziospedalieri.it
www.serviziospedalieri.it



UN SISTEMA DI STERILIZZAZIONE VELOCE E INNOVATIVO

Un nuovo sterilizzatore compatto che offre un ciclo di soli 28 minuti, una performance migliorata e una sterilizzazione terminale "Pronta all'uso".

La Advanced Sterilization Products, divisione della Johnson & Johnson Medical, azienda attiva nel campo del "reprocessing" dello strumentario chirurgico, da oggi commercializza il nuovo sistema di sterilizzazione STERRAD® NX, lo sterilizzatore next-generation a bassa temperatura e a gas plasma di perossido d'idrogeno, per un trattamento rapido dello strumentario chirurgico. Il sistema, con un ciclo standard di soli 28 minuti, significativamente più veloce di tutti gli altri sistemi STERRAD®, aiuta gli ospedali ad ottenere un turn-over più rapido dello strumentario e a ridurre i costi. Mentre il 90 - 95 % degli strumenti possono essere trattati nel ciclo standard, un ciclo avanzato di 38 minuti è disponibile per endoscopi flessibili e tubi, e dispositivi con lumi lunghi e stretti. Il nuovo sterilizzatore è basato sulla stessa comprovata tecnologia del gas plasma di perossido d'idrogeno introdotta dalla ASP con il marchio STERRAD® 100 e 100S, che è stato usato con successo nel mondo intero per più di 10 anni. I miglioramenti nell'iniezione del perossido d'idrogeno hanno portato ad un incremento delle sue funzioni e ad una durata del ciclo inferiore rispetto a tutti gli altri sistemi di sterilizzazione STERRAD®. La velocità e la dimensione compatta del sistema lo rendono ideale per essere collocata in chirurgia, dove l'esigenza di un turn-over rapido dello strumentario è particolarmente sentita. I clienti continueranno a beneficiare delle caratteristiche dei sistemi STERRAD® - compatibilità superiore dei materiali, efficacia, e sicurezza per il paziente, per l'utente e per l'ambiente -, grazie alla sua tecnologia non tossica. La STERRAD® NX offre anche una dimensione compatta e portatile che le permette di essere trasportata su un carrello. È facile da installare in quanto necessita solo di una presa elettrica. Inoltre, il sistema offre un touch screen display per l'interfaccia con l'utente, un'elettronica raffinata e un software che permette il controllo qualitativo, la sicurezza e la connessione al network della struttura ospedaliera. Un sistema opzionale indipendente di monitoraggio (IMS) verifica che i componenti del sistema funzionino correttamente.





STERIL S.P.A.

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

Convalida dei Processi,
Progettazione e Gestione
Centri di Sterilizzazione

Valutazione della Qualità
Ambientale in Ambito Sanitario

Monitoraggio Continuo
Informatizzato
dei Gas Anestetici
in Ambienti a Rischio



Viale Spagna, 6 - Zona Industriale
72010 Stabio - Lecce

Ph: +39 0832 364336 - Fax: +39 0832 363450
www.sterilspa.it - info@sterilspa.it

PER I PROFESSIONISTI DELLA SANITA'

Dall'esperienza quarantennale di specialisti del settore arriva il sistema Vernacare, appositamente pensato per lo smaltimento dei rifiuti biologici di pazienti allettati.

Il Sistema Vernacare è stato ideato per soddisfare le esigenze di igiene e sicurezza degli utilizzatori e operatori nel trattamento dello smaltimento dei rifiuti biologici di pazienti allettati. Il Sistema è costituito da un'unità di macerazione e da una vasta gamma di presidi Monouso sviluppati parallelamente nell'inseguimento della massima performance combinata. Vernacare ha una provata e quarantennale esperienza nella produzione e distribuzione di Sistemi di Macerazione e presidi Monou-



so in ambito Sanitario Mondiale. Il Sistema Vernacare è utilizzato nel 75% degli Ospedali Inglese.

Il "sistema combinato" è sviluppato integralmente allo scopo di raggiungere quattro importanti obiettivi:

- interruzione della catena di trasmissione di agenti biologici patogeni grazie all'utilizzo di dispositivi monouso, garanzia di alto livello di sicurezza e igiene per gli utilizzatori (operatori e pazienti) grazie;
- comfort possibile per il paziente;
- garanzia di un facile e innocuo smaltimento nel pieno rispetto dell'ambiente circostante;
- risparmio di tempo da parte degli operatori.

Distribuito dalla Bi-Medica di Busnago (Mi). bimedica@bimedica.it

GESTIONE DEI RISCHI

Risk management: infezioni della ferita chirurgica e procedure operatorie.



ProcedurePak
creating time, delivering efficiency

ProcedurePak(tm) rappresenta un passo avanti nella gestione dei rischi collegati agli interventi chirurgici. La crescente domanda di sicurezza durante gli interventi chirurgici trova oggi una pronta risposta da Mölnlycke Health Care attraverso la linea innovativa ProcedurePak(tm), set personalizzati che contengono tutti i dispositivi medici necessari per una determinata procedura chirurgica, da quelli necessari per la copertura sterile quali teli e camici, agli aspiratori, siringhe, aghi, lame, fino a strumenti di alta complessità quali ad esempio sistemi di lavaggio per procedure artroscopiche. ProcedurePak(tm) offre agli operatori sanitari il vantaggio di una standardizzazione personalizzata: ogni equipe chirurgica potrà decidere la composizione del proprio ProcedurePak(tm) e quindi operare in conformità alle proprie procedure di qualità con prodotti di alta qualità, certificati e validati da Mölnlycke Health Care; non tutti i prodotti esistenti sul mercato, pur provvisti della marcatura CE, passano gli standard qualitativi per essere inseriti nei ProcedurePak(tm) di Mölnlycke Health Care. Poter disporre di un ProcedurePak(tm), contenente tutto il necessario per un intervento chirurgico riduce le manovre a rischio e minimizza la possibilità di errore nella preparazione dei dispositivi necessari; tutto questo in un'ottica di ottimizzazione dei costi gestionali grazie al positivo impatto sulla logistica interna delle strutture sanitarie.

info.it@molnlycke.com - www.molnlycke.net

Vileda Swep System
L'innovativo sistema professionale dedicato alle strutture sanitarie



vileda
professionale

INNOVATIVO E PROFESSIONALE

Vileda Swep System è l'innovativo sistema professionale dedicato alle strutture sanitarie.

È un sistema pre-impregnato studiato per garantire il miglior risultato in termini di pulizia, efficienza ed ergonomicità, rispettando allo stesso tempo l'ambiente. Il sistema Vileda Swep offre risultati eccellenti, poiché fa in modo che ogni frangia sia impregnata con la giusta quantità di soluzione

detergente. Grazie a Vileda Swep si riesce ad ottenere la massima efficacia in termini di detergenza e disinfezione ai fini del mantenimento di una bassa carica microbica sulle superfici. Si garantisce in tal modo un risultato visivamente soddisfacente offrendo un ambiente confortevole sia agli ospiti che ai pazienti. Inoltre si forniscono strumenti di pulizia ergonomici e sicuri in modo da ottenere un'alta resa operativa, e si garantisce una metodologia di lavoro finalizzata ad evitare possibili contaminazioni e rischi biologici sugli operatori. Infine, ultimo ma non certo di secondaria importanza, si suggeriscono prodotti e metodi ergonomici finalizzati ad alleviare la fatica degli operatori. Con Vileda Swep System si dimostra una maggiore responsabilità nei confronti dell'ambiente, riducendo l'uso di acqua, energia, prodotti detergenti e disinfettanti. Vileda Swep, è, in una parola, un sistema efficace, efficiente ed ecologico per una pulizia ed igiene profonda.

antonella.rosina@fhp-ww.com
www.vileda.it

NEC



*Dovete allestire o rinnovare il blocco operatorio,
la terapia intensiva o il laboratorio di emodinamica?*

NEC

*Realizza in tempi brevissimi strutture all'avanguardia,
senza anticipazioni finanziarie e ne cura la gestione,
garantendo*

la massima efficienza e il contenimento dei costi

Contattateci per uno studio di fattibilità.

NEC

L'esperienza è il futuro

22060 Novedrate, CO - Italy - strada novedratese, 35
phone +39 031 794 111 - fax +39 031 792 130 - www.nec.it - e-mail nec@nec.it

SCOPI DELLA RIVISTA

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

ISTRUZIONE PER GLI AUTORI

La rivista pubblica lavori originali, note brevi, lettere al Direttore e recensioni. I contributi sono pubblicati indifferentemente in lingua italiana od inglese. In entrambi i casi debbono essere accompagnati da un summary in lingua inglese e da un riassunto in lingua italiana, redatti secondo le modalità precisate oltre. L'accettazione dei lavori per la pubblicazione è subordinata al giudizio di "referees" internazionali. I dattiloscritti, anche dei lavori non pubblicati, non si restituiscono.

La correzione delle bozze dovrà essere limitata alla semplice revisione tipografica. Le bozze di stampa, diligentemente corrette e definitivamente licenziate dall'autore, debbono essere restituite a stretto giro di posta. In caso contrario verranno corrette in redazione.

Esse vengono inviate in genere una sola volta all'autore (sul modulo che accompagna le bozze egli dovrà indicare il numero degli estratti considerati, nonché numero di Codice Fiscale, Partita IVA e indirizzo del destinatario della fattura).

Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente la responsabilità degli AA. è riservata la proprietà di qualsiasi articolo pubblicato nella Rivista e ne è vietata la produzione anche parziale senza citare la fonte.

LAVORI ORIGINALI

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

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

La prima pagina del lavoro deve contenere: il titolo (in lingua italiana ed inglese), i nomi degli Autori con le istituzioni di appartenenza, le parole chiave ("Key words") in numero da 3 a 5 (in lingua italiana ed inglese), il riassunto ed il summary. Questi ultimi, preferibilmente compresi tra 100 e 200 parole, devono sintetizzare gli scopi del lavoro, i risultati ottenuti e le principali conclusioni.

Su un foglio a parte deve essere indicato il nominativo, con relativo indirizzo, numero telefonico, fax o E-mail dell'Autore cui la Redazione deve fare riferimento per ogni comunicazione attinente la pubblicazione.

Tabelle e figure devono essere fornite solo su supporto cartaceo atto a consentire un'ottimale riproduzione fotografica. In particolare, la base della tabella o della figura non deve superare i cm 15,7 poiché il formato della pagina (senza margini) è di cm 15,7 x 19,7. Le tabelle e le figure non devono di norma eccedere globalmente il numero di 5. Ogni tabella va redatta su un foglio separato, numerata consecutivamente secondo l'ordine di citazione nel testo e corredata da titolo e/o didascalia. Ogni figura, numerata sul retro a matita deve essere accompagnata da un foglio separato con la didascalia corrispondente all'illustrazione. Tabelle e figure, provenienti da lavori precedentemente pubblicati, devono essere accompagnate dal permesso scritto di riproduzione da parte dell'Autore e dell'Editore. I lavori non conformi alle norme, per ovvi motivi organizzativi, non potranno essere presi in considerazione, nè rinviati agli Autori.

LETTERE AL DIRETTORE

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

BIBLIOGRAFIA

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

Riviste

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

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

- *Supplementi di Riviste*

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

Monografia

Autore singolo - Eisen HN. Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of the immune response 5th ed. New York: Harper and Row, 1974: 406.

Saggio da opera collettiva (Capitolo di un libro)

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

Si ricorda che chiunque desiderasse proporre la pubblicazione di articoli o interventi sulla Rivista potrà inviare gli stessi via posta elettronica presso il Segretario Scientifico ANMDO, dr. Karl Kob

(indirizzo e-mail: karl@kob.bz.it),

oppure presso la casa editrice Edicom (info@gsanews.it), la quale provvederà a sottoporli all'approvazione della Segreteria Scientifica dell'Associazione.

Dall'unione di tre prodotti leader nasce

sistema 3P

semplice

solo tre prodotti in uso per un pulito a 360°

economico

elimina tutti gli sprechi con dosaggi perfetti e prodotti concentrati

efficace

qualità e bei risultati eccellenti



antisettico
ambiente bagno



manutenzione ed cura
pavimenti



pulizia
superfici lisce





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 microfibra, tessuti
riutilizzabili e conformi alle più recenti
Normative Europee (EN 13795).



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

www.serviziospedaliari.it



Sede LEGNA

STABILIMENTO DI FERRARA

Via Caluso 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