

# L'OSPEDALE

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



## Periodico dell'ANMDO ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI DIREZIONI OSPEDALIERE

postatarget  
magazine  
Tariffa Pagata Magazine  
Aut. DCB Centrale/PT Magazine  
Aut. 63/2004  
verba del 25/05/2004  
Posteitaliane

N° 1/07

### **RUOLO E COMPETENZE**

Funzioni e competenze del Direttore Sanitario di Azienda e del Direttore Medico di Presidio Ospedaliero nella Governance Aziendale

### **PROGETTI**

“Indicatori di sala operatoria”

### **EDILIZIA OSPEDALIERA**

Il nuovo ospedale di Olbia

### **ORGANIZZAZIONE**

Assistenza alle vittime di abuso sessuale: proposta di un modello organizzativo ospedaliero

### **ORGANIZZAZIONE**

Nuovi modelli organizzativi  
“Week and Day Surgery”

### **IGIENE**

Reprocessing e disinfezione in endoscopia

### **ORGANIZZAZIONE**

Nuovi modelli organizzativi di Direzione Sanitaria Aziendale: presentazione dell'esperienza dell'A.O. di Lecco

### **GESTIONE**

L'esperienza di un Global Service manufattivo di seconda generazione

### **MANAGEMENT SANITARIO**

Il Sistema di Valutazione della Dirigenza medica e gli organi tecnici preposti

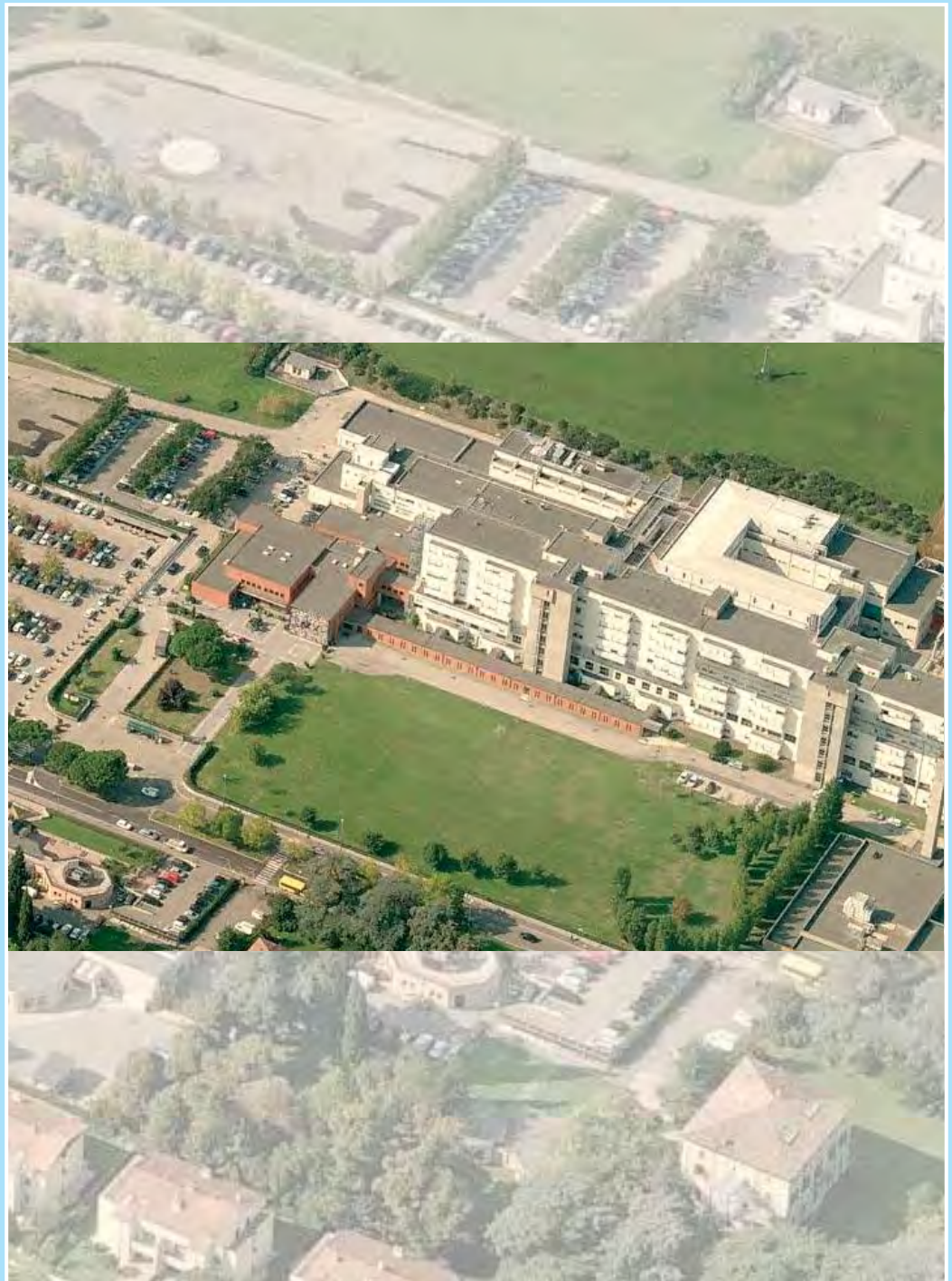
### **ORGANIZZAZIONE**

La rete regionale per le malattie rare in Emilia Romagna

### **NORMATIVE**

Tessuto tecnico riutilizzabile e tessuto non tessuto: le normative sui requisiti minimi di prodotto e di processo

### **ORIZZONTI**





Pall  
Aquasafe®

Filtro  
a perdere per  
doccia  
e rubinetti



CDM ADVERTISING .IT

## Pall AQF3 e AQ14F una istantanea e totale protezione per il paziente ad alto rischio contro i microrganismi presenti nell'acqua.

Acqua priva di batteri grazie ai filtri AQF3 per doccia e AQ14F per rubinetti validati fino a 14 giorni.



Clinicamente provati  
contro la:  
***Brevundimonas  
Diminuta***

Per i pazienti ad alto rischio e immunodepressi come:  
trapiantati, leucemici, asmatici e pazienti con disturbi polmonari e per pazienti affetti da fibrosi cistica.

Una alta protezione post-degenza è ora possibile anche a casa con l'installazione del filtro AQF3.



**PALL** Medical

Pall Italia s.r.l.  
Via G. Bruzzesi 38/40 20146 Milano  
Tel. 02.47796.1 Fax 02.4122985  
www.pall.com



0:00-24:00 Anytime Anywhere



Sistema Healthguard®



Ecolab,  
sicurezza  
e disinfezione  
totale



Sistema Rasant®



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

La differenza Ecolab!

Hygiene  
Disinfection

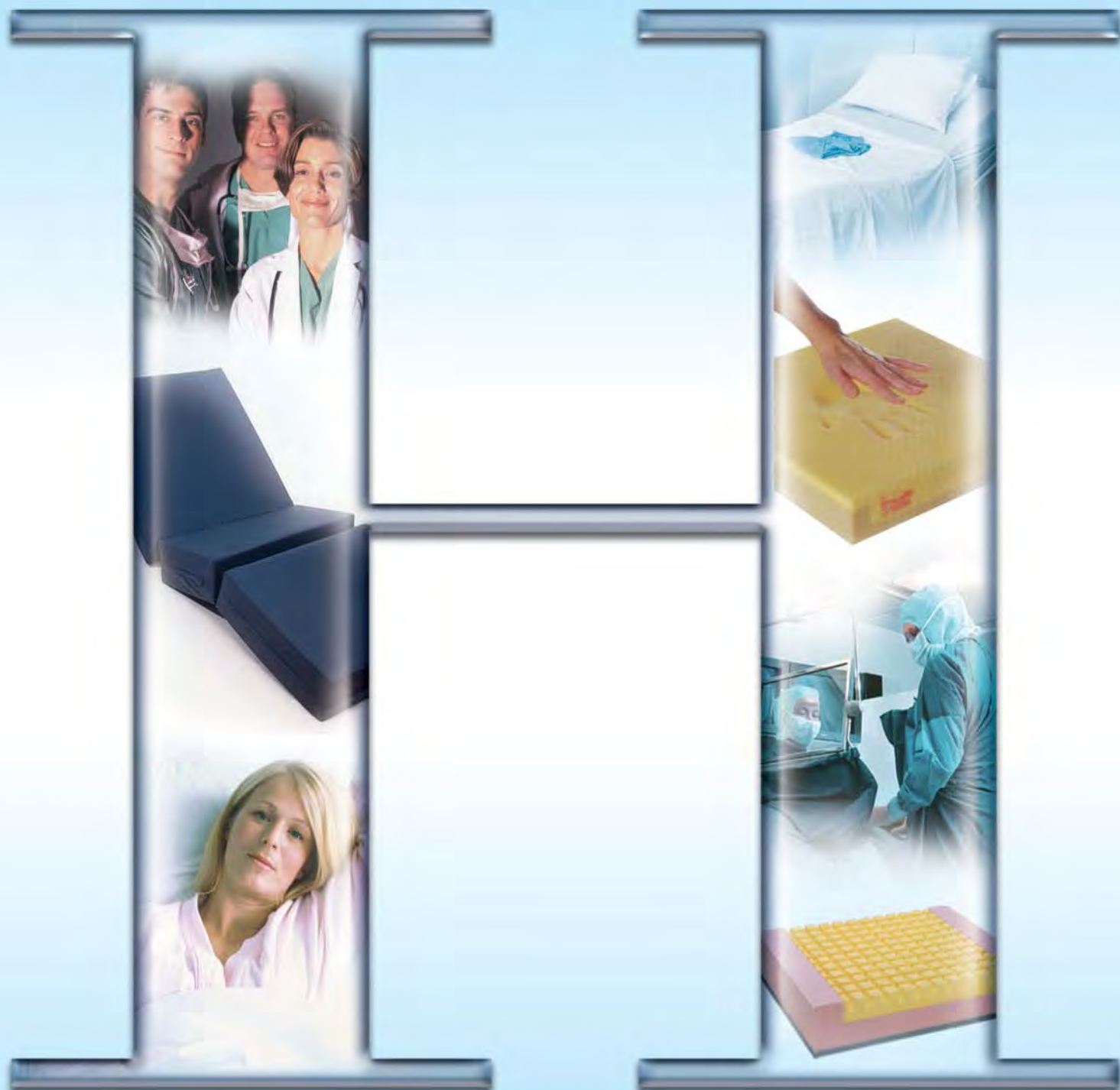
Disinfection

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



worldwide innovator in hygiene solutions

# Bedding e Prodotti Tessili Tecnici. Una Sanità sempre migliore.



Synergic Italiana è un partner qualificato del mondo sanitario, con una produzione altamente specializzata di materassi, sistemi posturali antidecubito, biancheria ed abbigliamento professionale, in cotone ed in tessuti tecnici riutilizzabili.

Esperienza, qualità ed innovazione per una Sanità sempre migliore.

**Synergic Italiana**

Via della Tecnica, 23 • 40068 S. Lazzaro di Savena (BO) • Italia • Tel. +39 051 6255393 • Fax +39 051 6255756  
[www.synergicitaliana.com](http://www.synergicitaliana.com) • [info@synergicitaliana.com](mailto:info@synergicitaliana.com)





# SOMMARIO

**L'OSPEDALE** - Periodico Trimestrale dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz - Anno 60 - Numero 1 Gennaio-Marzo 2007

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, M. Brogi,

A. Cavoli, G. Dal Pozzolo, C. Del Giudice, G. Finzi,

K. Kob, F. Longanella, A. Montanile, A.M. Mucci,

G. Pelissero, U. Podner Komarony, A. Rampa,

G. Schirripa, D. Stalteri

Comitato di redazione: U.L. Aparo, C. Cattananti,

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

Hanno collaborato

U.L. Aparo, A. Biamonte, M. Brogi, C. Del Giudice, G. Dal Pozzolo, G. Finzi, K. Kob, R. Li Donni, F. Longanella, A. Montanile, L. Nardi, G. Pelissero, S. Pili, U. Podner Komarony, A. Rampa, G. Schirripa, D. Stalteri, F. Girardi, G. Dal Pozzolo, G. Picchi, M. Rizzoli, A. Carbone, A.G. Aronica, B. Bagnato, A. Cavaliere, L. Nardi, L. Di Stefano, G. Carello, R. Colombai, F. Costa, L. Leoncini, T. Morelli, G. Sticca, A.M. Mucci, M. Galante, A. Abbondio, E. Franceschini, F. Giancristofaro, M. Martino, A. Zoli, P. Monti, P. Callagione, S. Pili, M.G. Aru, M.F. G. Lisci, De Gianinis, A. Arca, L. Rollo, G.P. Callegaro, S. Tasso, G. Dal Pozzolo, A.M. Brosolo, L. Favero, S. Liverani, E. Rozzi, M. Volta, C. Lazzari, M. Aperti, Mimicucci A.M., Di Matteo R., Cuccaro P., Russo A., Trassari M.

Abbonamenti

ITALIA ANNUO € 31,00

EUROPA

PAESI EXTRA EUROPEI € 103,00

Copia € 1,29

C.C.P. 38498200

foto e stampa:

T&T STUDIO - MILANO

VELAWEB - BINASCO (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:

01/01/2006 - 31/12/2006

Tiratura media: N. 5.175 copie

Diffusione media: N. 5.110 copie

Certificato CSST N.2006-1347 del

20 Febbraio 2007

Società di Revisione: BDO

Tiratura del presente numero:

4.000 copie

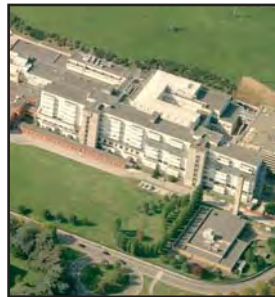
ASSOCIATO A:

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

**CSST** CERTIFICAZIONE  
STAMPA SPECIALIZZATA  
E TECNICA

CONFESSTRA

"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 Amoroso presso la sede di Milano Via Alfonso Corti, 28 per esercitare i diritti previsti dal D.lgs 196/2003"



in copertina:  
Azienda USL di Imola

## EDITORIALE

7

## RUOLO E COMPETENZE

Funzioni e competenze del Direttore Sanitario di Azienda e del Direttore Medico di presidio Ospedaliero nella Governance Aziendale

8

## PROGETTI

Indicatori di sala operatoria

18

## EDILIZIA OSPEDALIERA

Il nuovo ospedale di Olbia

24

## ORGANIZZAZIONE

Assistenza alle vittime di abuso sessuale: proposta di un modello organizzativo ospedaliero

30

## ORGANIZZAZIONE

Nuovi modelli organizzativi "Week and Day Surgery"

34

## IGIENE

Reprocessing e disinfezione in endoscopia

38

## ORGANIZZAZIONE

Nuovi modelli organizzativi di Direzione Sanitaria Aziendale: presentazione dell'esperienza A.O. di Lecco

44

## GESTIONE

L'esperienza di un Global Service manutentivo di seconda generazione

52

## MANAGEMENT SANITARIO

Il Sistema di Valutazione della Dirigenza medica e gli organi tecnici preposti

64

## ORGANIZZAZIONE

La rete regionale per le malattie rare in Emilia Romagna

72

## NORMATIVE

Tessuto tecnico riutilizzabile e tessuto non tessuto: le normative sui requisiti minimi di prodotto e di processo

78

## ORIZZONTI

83

Garantisce Claudio,  
sempre meticoloso.



Claudio, reparto logistica



**IPC Soteco**

IPC Integrated Professional Cleaning

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

# Ministero della salute, ricerca scientifica e competenze delle direzioni sanitarie

**E**sattamente dodici mesi fa, nell'editoriale della rivista "L'Ospedale n.1/2006", la Presidenza e la Segreteria scientifica A.N.M.D.O. hanno lanciato un appello alle direzioni sanitarie aziendali, di presidio e di territorio, in quanto responsabili e/o corresponsabili della clinical governance aziendale complessiva, a voler dedicare una sempre maggior attenzione alla ricerca biomedica e sanitaria organizzativo-gestionale.

Alla luce delle recenti dichiarazioni rilasciate lunedì, 22 gennaio 2007 dal Ministro della salute, Onorevole Livia Turco, in occasione della riunione della Commissione Nazionale per la Ricerca Sanitaria, non possiamo che confermare la validità ed attualità delle raccomandazioni allora espresse.

Infatti, il Ministro Livia Turco, nella veste di Presidente di detta commissione, ha fatto pervenire, con la massima chiarezza, i seguenti messaggi al mondo scientifico del Servizio sanitario nazionale:

- alcune sfide in materia di salute si possono vincere solo attraverso la ricerca ed i risultati della medesima;
- le risorse del Servizio sanitario nazionale destinate alla ricerca devono essere impiegate per lo sviluppo delle nuove conoscenze e della ricerca finalizzata, onde soddisfare i bisogni operativi del servizio sanitario stesso;
- le strutture del Servizio sanitario nazionale devono impegnarsi a reperire fondi, partecipando con propri progetti di ricerca al VII Programma Quadro dell'Unione Europea 2007-2013, ricordando che le aree tematiche contenute sono le biotecnologie, la ricerca traslazionale per la salute umana e l'ottimizzazione delle prestazioni sanitarie;
- le eccellenze, le potenzialità ed i talenti di tutto il territorio nazionale vanno valorizzati, anche nel campo della ricerca, al fine di creare l'unitarietà del sistema sanitario, evitando, però, la frammentazione attraverso la costruzione di nuove reti di eccellenza;
- alla ricerca valutativa di trasferimento dell'innovazione per il governo clinico e per l'ottimizzazione della dimensione organizzativa dei servizi deve essere dedicata una attenzione particolare.

Inoltre, il Ministro ha anche illustrato il comma della legge finanziaria 2007 che riserva almeno euro 15.000.000 ai progetti presentati e coordinati da giovani ricercatori che non abbiano superato i quaranta anni di età.

La Presidenza e la Segreteria scientifica ANMDO invitano, pertanto, i colleghi delle direzioni sanitarie aziendali, dei presidi e dei servizi territoriali, a voler accogliere le raccomandazioni del Ministro, svolgendo, presso le proprie strutture ed i propri servizi, un ruolo sempre più attivo nell'ambito delle complesse attività finalizzate alla promozione, alla programmazione, all'organizzazione, all'espletamento e, non per ultimo, alla valutazione delle attività di ricerca sanitaria, con particolare riferimento a quella organizzativa e gestionale. La creazione di reti aziendali, regionali, interregionali ed europee tra varie istituzioni preposte alla tutela della salute dovrà essere un obiettivo prioritario.

L'assenza di simili iniziative nelle strutture sanitarie inciderà, con il tempo, negativamente sulla motivazione degli operatori sanitari, soprattutto di quelli più giovani che rappresentano il più importante investimento per garantire in futuro una sanità sempre più innovativa e di elevato livello qualitativo.

Colleghi, ecco le nuove sfide!

*La Segreteria scientifica:*

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

## Funzioni e competenze del Direttore Sanitario di Azienda e del Direttore Medico di Presidio Ospedaliero nella Governance Aziendale

(Una Direzione Sanitaria gestita con professionalità è indispensabile al coinvolgimento dei medici e degli operatori sanitari nella gestione delle Aziende Sanitarie)

### Riassunto

A seguito della crescente mobilità dei pazienti negli Stati membri dell'Unione europea, le Direzioni sanitarie sono chiamate ad intraprendere una serie di nuove iniziative organizzative per migliorare l'immagine della propria azienda e per potenziare la mobilità attiva, anche attraverso la creazione di strutture e servizi di eccellenza. Gli autori identificano, pertanto, le competenze richieste al Direttore Sanitario di Azienda e al Direttore Medico di Presidio ospedaliero e il nuovo ruolo che il Direttore Sanitario deve assumere se vuole essere identificato quale responsabile del governo clinico.

### Summary

*Following the increasing mobility of patients of the EU member states, the sanitary directions are asked to conduct a new series of organizational initiatives to improve the image of their own health services and to increase the active mobilization, including the implementation of centres of excellence. Therefore the authors have pointed out the skills required to the Health Director and to the Hospital Medical Director as well as the new role that the Health Director should play in case he intends to be in charge of Clinical Governance himself.*

**U.L. Aparo, A. Biamonte, M. Brogi, G. Dal Pozzolo, C. Del Giudice, G. Finzi, K. Kob, R. Li Donni, F. Longanella, A. Montanile, L. Nardi, G. Pelissero, S. Pili, U. Podner Komarony, A. Rampa, G. Schirripa, D. Stalteri**

*Direttivo Nazionale Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere*

### INTRODUZIONE

Nel periodo 1998-1999 il Direttivo Nazionale dell'Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere ha definito, in un articolato documento, i diversi ruoli e le funzioni del direttore sanitario di azienda e del direttore medico di presidio ospedaliero, l'uno figura di carattere strategico progettuale, l'altro di carattere operativo gestionale. Tale lavoro era allora motivato dall'esigenza di far chiarezza nella confusione tra i due ruoli e nella tendenza di alcune regioni a farli coincidere nelle aziende ospedaliere. Il documento venne da alcuni ignorato, ma da molti apprezzato, tanto che in questi anni è stato generalmente recepito in tutt'Italia nei suoi principi ispiratori e linee fondamentali. In non pochi casi è stato interamente trasferito in normative regionali e provinciali, atti aziendali, contratti individuali dei direttori medici di presidio ospedaliero. Nel 2002/2003 i colleghi Karl Kob (Bolzano), Ugo Luigi Aparo (Roma), Gianfranco Finzi (Bologna), Adriano Marcolongo (Udine), Antonio Montanile (Brindisi), Ugo Podner Komarony (Torino), Enzo Rizzato (Feltre), Flavio Girardi (Bolzano), Paolo Montresor (Verona), su mandato del Direttivo, avevano aggiornato il documento alla evoluzione della normativa (es. attivazione dei dipartimenti,

clinical governance, ecc...) Ora, dopo il dibattito sul coordinatore clinico, introdotto dal ddl Sirchia quale mezzo di coinvolgimento dei medici nella gestione delle Aziende Sanitarie, ci pare opportuno riprendere il documento per riaffermare che la Direzione Sanitaria, sia di Azienda che di Ospedale, non può essere affidata a chiunque, ma comporta specifica professionalità.

**Perché riproporre il documento?**

► Perché è necessario porre l'accento sui contenuti tecnico professionali della figura del direttore sanitario aziendale, quale responsabile non solo dell'organizzazione sanitaria e dell'igiene ospedaliera, ma anche del governo clinico aziendale, delle attività di promozione della salute, della elaborazione dei programmi e percorsi assistenziali e della promozione dell'utilizzo di tecniche aggiornate di gestione incentrate sui bisogni della popolazione e del paziente, piuttosto che sulla struttura. Deve risultare chiaro che quello del direttore sanitario è un ruolo medico professionale specialistico nell'ambito della Governance Aziendale, che può essere correttamente ed efficacemente svolto solo da chi ha uno specifico bagaglio professionale, conoscenza gestionale e capacità di elaborazione prospettica da utilizzare per elaborare le strategie ed i progetti necessari alla realizzazione degli obiettivi aziendali, nonché al governo operativo dell'insieme delle attività sanitarie, conseguente ad uno specifico percorso formativo.

### Perché riproporre il documento?

► Perché la dipartimentalizzazione degli ospedali ed, in caso di presidi, il loro collegamento con le strutture territoriali, rende neces-





**PAROLE CHIAVE:** Governo clinico, valutazione delle tecnologie sanitarie, sanità pubblica basata sulle prove di efficacia, gestione del rischio clinico, qualità, organizzazione dipartimentale, Unione Europea e azioni di cooperazione

**KEY WORDS:** *Clinical governance, technology medical assessment, evidence based medicine, risk clinical management, quality, departmental organization, European Union and actions of cooperation*

sario esplicitare i rapporti tra il responsabile dell'ospedale e i responsabili dei dipartimenti.

- ▶ Perché la tendenza a integrare più stabilimenti ospedalieri in un unico presidio aumenta la complessità gestionale di tutte quelle attività, sanitarie e non, di supporto e connessione tra le funzioni di produzione diretta del prodotto ospedaliero.
- ▶ Perché l'obiettivo primario della qualità delle cure non può essere conseguito senza una forte funzione di governo professionale, rappresentata dalla Direzione Sanitaria.
- ▶ Perché è indispensabile che ogni struttura ospedaliera pervenga ad un livello di efficienza adeguato, con un sostanziale equilibrio tra costi e ricavi; e ciò non può essere perseguito senza il concorso di una efficace attività di direzione sanitaria.
- ▶ Perché una Direzione Sanitaria gestita da professionisti competenti è un tassello fondamentale del coinvolgimento dei medici, e dei sanitari in generale, nella gestione delle Aziende Sanitarie.
- ▶ Perché l'evoluzione delle conoscenze e delle normative, sia in materia di igiene e sicurezza, che dei sistemi organizzativi, comporta la crescita e lo sviluppo di professionalità sempre più orientate a settori specialistici di ciò che fino a pochi anni fa era l'igiene e organizzazione dei servizi ospedalieri.
- ▶ Perché la Commissione europea, in due documenti ufficiali datati 20 aprile 2004 risp. dal titolo "Seguito del processo di riflessione ad alto livello sulla mobilità dei pazienti nell'Unione europea" e "Seguito del processo di riflessione

ad alto livello sugli sviluppi dell'assistenza sanitaria nell'Unione europea", ha definito alcune strategie fondamentali finalizzate a garantire "un elevato livello di protezione della salute umana negli Stati membri dell'Unione europea" come previsto dal Trattato di Maastricht (1992). A tale scopo, la Commissione ha invitato gli Stati membri alla "cooperazione europea" per una migliore utilizzazione delle risorse, compresa l'informazione ai pazienti, agli operatori ed ai responsabili politici. A parere della Commissione solo attraverso la cooperazione e l'informazione capillare sarà possibile ottimizzare le risorse esistenti e assicurare a tutti i cittadini dell'Unione una "qualità assistenziale sanitaria ad un livello di eccellenza". La "cooperazione", infatti, potrà determinare un miglioramento della salute e della qualità della vita dei cittadini europei, una migliore utilizzazione delle risorse investite nei sistemi sanitari, un incremento della crescita economica ed uno sviluppo più sostenibile per l'Unione allargata nel suo insieme.

Perché riteniamo che la Direzione sanitaria, nell'ambito delle politiche regionali di ricerca sanitaria, debba svolgere una importante funzione di promozione e coordinamento per raggiungere i più elevati standard europei, anche in vista del VII Programma Quadro di ricerca e sviluppo tecnologico dell'Unione Europea che comprende anche programmi sanitari e costituisce la base e lo strumento principale della politica comunitaria in materia di ricerca e sviluppo tecnologico che prevede i seguenti programmi specifici: cooperazione, idee, persone e capacità.

## 2. LE NUOVE COMPETENZE

Le nuove sfide europee e la continua evoluzione delle conoscenze e delle scoperte in tutti i settori trovano applicazioni concrete che impattano prima o poi con l'intero sistema sociale ed organizzativo, che richiedono nuove modalità di approccio per la soluzione dei diversi problemi.

Chi, come il direttore sanitario di azienda ed il direttore medico di presidio, ha responsabilità direzionale di indirizzo di una organizzazione complessa, come l'ospedale o una azienda sanitaria, deve saper cogliere queste innovazioni e coniugarle con l'organizzazione, allo scopo di garantire "un elevato livello di protezione della salute umana a tutti i cittadini", principio sancito dal Trattato di Maastricht.

### 2.1. La Governance aziendale

La governance di una azienda sanitaria consiste nella capacità della direzione strategica, -direzione generale, direzione sanitaria e amministrativa - di esprimere una visione di sviluppo, di indirizzare l'organizzazione verso obiettivi di salute, utilizzando gli strumenti propri delle risorse umane, tecnologiche, strutturali e finanziarie. In questo contesto la direzione sanitaria di azienda partecipa attivamente nell'individuare, nell'elaborare e nel definire obiettivi di salute e di conseguenza nel fissare le priorità per l'uso delle risorse. Per questa funzione il direttore sanitario aziendale si avvale di risorse professionali della direzione medica di presidio ospedaliero, e, nelle ASL, dei responsabili di distretto per l'assistenza primaria, del dipartimento di prevenzione per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie e di eventuali strutture di staff della direzione strategica; e promuove la collaborazione tra i servizi ospedalieri e i servizi sanitari e sociali del territorio, promuovendo anche forme di "cooperazione" con altre strutture degli Stati membri dell'Unione

Europea, ai fini dell'ottimizzazione delle risorse, portando la qualità assistenziale sanitaria ad un livello di eccellenza.

## 2.2. Clinical governance

La Clinical governance o governo clinico, rappresenta la capacità di una organizzazione sanitaria di ispirare e supportare gli atti e comportamenti dei clinici nelle scelte diagnostiche, terapeutiche e riabilitative a chiare e dimostrate evidenze scientifiche e di valutazioni di costi-efficacia e costi-efficienza. Per fare ciò, la direzione sanitaria di azienda promuoverà la cultura con attività di formazione e di gestione delle conoscenze scientifiche, e coerentemente adotterà scelte che siano ispirate a questi criteri.

In particolare, promuoverà nei servizi sanitari l'elaborazione di linee guida professionali, prevedendone il supporto aziendale mediante sistemi di incentivazione e di valutazione dei dirigenti.

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

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

## 2.3. Technology medical assessment

La continua evoluzione della tecnologia (apparecchiature, farmaci, presidi, modelli organizzativi nell'erogare le prestazioni assistenziali) con i suoi elevati costi impone ai re-

sponsabili della sanità la scelta di tecnologie mediche basate sia sull'efficacia ed efficienza della nuova tecnologia in termini di salute, ma anche di attente valutazioni etiche e sociali. Infatti, l'introduzione di una nuova metodica o di una nuova procedura assistenziale deve essere valutata sull'impatto della salute non solo immediata ma anche delle conseguenze sulla salute, sulla organizzazione dei servizi sanitari, sulle conseguenze sociali ed economiche.

Si assiste ad una crescita impetuosa delle biotecnologie, delle nano tecnologie e dell'information and communication technology (ICT). Bioscienza, Nanoscienza ed Infoscienza, opportunamente orientate dall'etica dei valori, tendono a caratterizzarsi come i motori della crescita e dello sviluppo sostenibile nei prossimi decenni.

Il direttore sanitario deve armonizzare le richieste nell'azienda, valutare i vantaggi e gli svantaggi di una tecnologia innovativa (miglioramento qualitativo della prestazione, impatto sulla salute e sulla organizzazione, i costi, la formazione, gli aspetti etici e sociali, ecc.), sviluppare un piano pluriennale di investimenti compatibili con le risorse disponibili. Al direttore medico di presidio ospedaliero, invece, compete, con la collaborazione del clinico, la elaborazione di studi o proposte specifiche di innovazione su propria iniziativa o su proposta del clinico, nel qual caso dovrà esprimere un giudizio di merito sulla tecnologia tenendo conto dell'impatto sull'assistenza, sull'organizzazione, sui costi. Particolare attenzione dovrà essere data all'integrazione organizzativa e professionale richiesta dalla tecnologia e allo sviluppo armonico ed uniforme nei diversi settori dell'assistenza ospedaliera.

Il direttore sanitario ed il direttore medico di presidio ospedaliero dovranno promuovere la partecipazione delle proprie strutture a progetti di ricerca finalizzata in ambito nazionale ed internazionale su tali tematiche, partecipandovi diretta-

mente. Il direttore medico di presidio ospedaliero concorre inoltre alla definizione delle caratteristiche o specifiche della tecnologia e alla revisione dell'organizzazione del percorso assistenziale, partecipa alle commissioni tecniche di selezione, promuove e coordina lo sviluppo di linee guida professionali e ne monitorizza l'implementazione mediante l'elaborazione di indicatori.

## 2.4. Evidence based health care (EBHC)

Una considerevole quantità di comportamenti, di tecniche professionali, di decisioni impiegate regolarmente nell'assistenza e nell'organizzazione dei servizi non si basa su chiare ed evidenti dimostrazioni scientifiche, e sono l'esito di consuetudini professionali assunte acriticamente nella prassi quotidiana nelle decisioni di sanità pubblica.

Le decisioni sanitarie relative a un paziente a gruppi di pazienti o ad una comunità devono essere basate su evidenze fondate sulla ricerca, relative alle conseguenze del trattamento, rafforzate dall'uso intelligente di informazioni più ampie su risorse finanziarie, flussi di pazienti, politica sanitaria.

Il direttore sanitario deve organizzarsi per sostenere il processo sistematico di reperimento, di valutazione e uso dei risultati della ricerca clinica e di comunità come base per le decisioni di sanità pubblica e per le scelte organizzative dell'azienda nell'ottica dell'Evidence based health care intesa come l'insieme dell'Evidence based medicine e dell'Evidence based public health.

Il direttore medico di presidio ospedaliero avvia, sulla scorta di priorità cliniche o di esiti, la selezione sistematica di procedure in corso nell'ospedale e interviene nella modifica. Sviluppa nell'ambito dell'ospedale la metodica della revisione e promuove la formazione.

Il direttore sanitario ed il direttore medico di presidio ospedaliero dovranno promuovere la partecipazione delle proprie strutture a pro-



getti di ricerca finalizzata in ambito nazionale ed internazionale su tali tematiche, partecipandovi direttamente.

## 2.5. Risk clinical management

L'attività professionale del medico e dell'infermiere e di altro personale sanitario, come del resto di ciascuna attività umana, è soggetta a possibili errori, che nel caso della salute possono determinare anche gravi conseguenze fino alla morte. Molte volte gli errori trovano come concause i modelli organizzativi per l'erogazione delle prestazioni assistenziali, altre volte il singolo operatore sanitario.

L'esame sistematico degli errori dovrebbe invece aiutare l'organizzazione e i professionisti a migliorarsi. L'argomento è quantomai delicato sul piano legislativo, tuttavia l'esame degli incidenti ci farebbe certamente migliorare. Il direttore sanitario di azienda promuove in tutti i servizi ospedalieri, distrettuali e di prevenzione iniziative volte alla riduzione degli errori, mediante una intensa attività formativa protesa a far emergere nel personale una cultura positiva di apprendimento dagli errori ed elabora un sistema di segnalazione interna degli errori stessi. Da canto suo il direttore medico di presidio ospedaliero opererà concretamente sugli episodi e metterà in atto iniziative sistematiche preventive mediante l'analisi dei percorsi assistenziali ed organizzativi prevalenti nell'erogazione dell'assistenza. Di conseguenza, elaborerà un programma complessivo per l'ospedale di prevenzione per la gestione del rischio clinico prevedendo specifici interventi di formazione, di rinnovo tecnologico, di revisione dei percorsi assistenziali, di informatizzazione dei processi assistenziali, di revisioni o modifiche organizzative quali-quantitative. Contribuirà per l'area ospedaliera a sostenere il sistema di segnalazione interna degli errori e ad elaborare specifici indicatori.

Il direttore sanitario ed il direttore

medico di presidio ospedaliero dovranno promuovere la partecipazione delle proprie strutture a progetti di ricerca finalizzata in ambito nazionale ed internazionale su tali tematiche, partecipandovi direttamente.

## 2.6. Promozione della qualità

La qualità del servizio ospedaliero coinvolge, in un processo di miglioramento continuo, l'intera organizzazione dell'ospedale. La soddisfazione del paziente, dei suoi bisogni e delle sue aspettative è, di fatto, frutto dell'intervento di molte componenti: il servizio, l'informazione, l'appropriatezza, l'efficacia, la tempestività ed altro ancora. Per ottenere un risultato di qualità occorre il coinvolgimento di tutto l'ospedale, con la condivisione di valori ed obiettivi.

Nell'ambito delle competenze di promozione della qualità, il direttore sanitario di azienda concorre alla definizione dei modelli organizzativi per la promozione della qualità e provvede, per quanto di competenza, all'attuazione della verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie. Spetta, invece, al direttore medico di presidio ospedaliero provvedere, affinché i modelli organizzativi siano orientati al raggiungimento di buoni livelli di qualità gestionale, tecnico-professionale e di qualità percepita, garantendo il necessario supporto tecnico ai direttori delle unità operative e dei dipartimenti. Il direttore sanitario ed il direttore medico di presidio ospedaliero dovranno promuovere la partecipazione delle proprie strutture a progetti di ricerca finalizzata in ambito nazionale ed internazionale su tali tematiche, partecipandovi direttamente.

## 2.7. Rapporti tra direzione sanitaria medica di presidio ospedaliero e direttori di dipartimento

Nell'evoluzione degli ospedali italiani, si è verificato un progressivo processo di frammentazione delle

discipline specialistiche che ha portato alla moltiplicazione delle unità operative complesse, dotate di "alta autonomia". La segmentazione delle competenze ha generato un bisogno di integrazione e di coordinamento in affiancamento a quello della specializzazione medica. Il nuovo assetto organizzativo ospedaliero spinge verso l'adozione di scelte di accorpamento di unità operative con specializzazioni complementari o con strette interrelazioni specialistiche, producendo una condivisione delle risorse tecniche ed umane, una maggiore flessibilità organizzativa, uno snellimento delle procedure di gestione ed un recupero della centralità del paziente. Da ciò ne deriva il ruolo chiave del dipartimento, come risposta coerente ai sopraccitati fabbisogni. In tale ottica, il direttore medico di presidio ospedaliero, oltre ad essere responsabile delle funzioni igienistiche, medico-legali, organizzative, gestionali, di sviluppo della qualità nell'ambito dell'ospedale, deve svolgere attività di coordinamento ed integrazione nei confronti dei dipartimenti.

Riportiamo di seguito le vecchie e nuove competenze del direttore sanitario di azienda e del direttore medico di presidio ospedaliero:

## 3. DIRETTORE SANITARIO DI AZIENDA

In un'ottica europea, il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e partecipa al processo di pianificazione strategica aziendale, concorrendo alla definizione delle priorità rispetto ai bisogni di salute della comunità.

A tale scopo, promuove la cooperazione con altre strutture sanitarie in ambito nazionale e transfrontaliero, anche attraverso adeguate misure di reciproca informazione, utilizzando i moderni strumenti dell'informazione elettronica.

Inoltre, è responsabile del governo clinico complessivo dell'azienda, promuovendo e coordinando le azio-

ni finalizzate al miglioramento dell'efficienza, dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

Partecipa al governo aziendale, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, al direttore amministrativo e, ove previsto, al direttore dei servizi sociali.

Inoltre, assume la diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza e concorre, con la formulazione di proposte e di pareri obbligatori, alla formazione delle decisioni della direzione generale. Promuove, coordina e verifica iniziative finalizzate alla promozione della salute.

Promuove, coordina e verifica, tramite i servizi competenti, l'applicazione delle norme in materia di igiene e dispone misure finalizzate alla tutela della salute pubblica.

Svolge attività di indirizzo, coordinamento, supporto e verifica nei confronti dei direttori medici dei presidi ospedalieri, del dipartimento di prevenzione, dei distretti e delle altre articolazioni sanitarie aziendali, promuovendo l'integrazione delle strutture.

Promuove ed attua misure organizzative e gestionali finalizzate alla minimizzazione della mobilità passiva ed all'incremento della mobilità attiva di pazienti provenienti da altri Stati membri dell'Unione Europea. In particolare, il direttore sanitario di azienda:

- a) presiede il consiglio dei sanitari, i collegi tecnici per la selezione dei candidati per l'accesso ai posti di direttore di unità operativa, nonché per la verifica, al termine dell'incarico, dei risultati conseguiti dagli stessi. Presiede, di norma, il comitato etico aziendale e ne cura gli adempimenti. Inoltre, partecipa ad altre commissioni o le presiede, ove previsto da normative vigenti;
- b) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute e della domanda di assistenza sanitaria della comunità;
- c) elabora proposte e fornisce pareri in merito alla programmazio-

ne sanitaria aziendale;

- d) definisce modelli organizzativi delle strutture sanitarie, finalizzati al raggiungimento degli obiettivi aziendali, e ne promuove l'adozione;
- e) promuove ed adotta provvedimenti tesi ad incrementare la qualità percepita da parte dei cittadini provenienti dai Paesi dell'Unione Europea, attraverso le seguenti misure:
  - ▶ rendere pubblici i risultati clinici della propria azienda ai fini della massima trasparenza;
  - ▶ garantire la presenza di operatori sanitari plurilingue;
  - ▶ dotare le portinerie e gli uffici per le relazioni con il pubblico di personale qualificato e plurilingue;
  - ▶ creare uffici in cui sono presenti operatori esperti in materia di rimborsi e relative procedure burocratiche;
  - ▶ stipulare, per i pazienti ambulatoriali o in trattamento in regime di day hospital, nonché per i relativi parenti, convezioni con strutture alberghiere e ristoranti dei dintorni;
  - ▶ promuovere la partecipazione a corsi di formazione per il personale, ai fini del conseguimento di una visione europea;
- f) concorre alla definizione dei provvedimenti straordinari con carattere d'urgenza;
- g) collabora al controllo di gestione dell'azienda, definendone le linee di indirizzo ed i contenuti specifici di sua competenza;
- h) concorre alla definizione dei contenuti del sistema informativo aziendale;
- i) concorre alla definizione dei modelli organizzativi per la promozione della qualità e provvede, per quanto di competenza, all'attuazione della verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie;
- j) promuove il processo di valutazione di tecnologie sanitarie (technology medical assessment) e ne verifica l'applicazione;
- k) promuove il processo di valutazione del rischio clinico e la sua

gestione (risk clinical management), attivando le strategie necessarie per la sua riduzione;

- l) promuove l'adozione di processi clinici basati sulle evidenze (evidence based medicine), anche attraverso adeguati programmi e percorsi assistenziali;
- m) definisce le strategie ed i criteri per l'allocazione delle risorse umane e tecnico-strumentali nell'ambito dei servizi sanitari, nel rispetto della programmazione sanitaria aziendale;
- n) promuove lo sviluppo delle risorse umane e della conoscenza aziendale (knowledge management) attraverso l'attività di formazione permanente, aggiornamento e riqualificazione del personale (ECM);
- o) concorre alla promozione di iniziative di ricerca finalizzata nell'ambito dei servizi sanitari;
- p) coadiuva il direttore generale nel mantenimento dei rapporti con le istituzioni, i vari enti e organismi operanti in ambito socio-sanitario.

## 4. DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO OSPEDALIERO

In un'ottica europea, il direttore medico di presidio ospedaliero concorre, nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, al raggiungimento degli obiettivi aziendali ed opera sulla base degli indirizzi del direttore sanitario, assicurando la continuità assistenziale con i servizi territoriali. Nel presidio ospedaliero egli ha competenze gestionali, organizzative, igienico-sanitarie, di prevenzione, medico-legali, scientifiche, di formazione, di aggiornamento, di promozione della qualità dei servizi sanitari e delle rispettive prestazioni. Inoltre, è corresponsabile del governo clinico del presidio, promuovendo e coordinando le azioni finalizzate al miglioramento dell'efficienza, dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie. Svolge attività di indirizzo, coordinamento, supporto e verifica nei confronti dei direttori medici dei di-



partimenti, delle strutture complesse e delle strutture semplici di dipartimento, promuovendo l'integrazione delle strutture sia all'interno del presidio che con quelle territoriali.

Promuove, coordina e verifica iniziative finalizzate alla promozione della salute.

#### 4.a. Nell'ambito delle competenze gestionali ed organizzative, il direttore medico di presidio ospedaliero svolge le seguenti funzioni:

- 1) risponde della gestione operativa complessiva del presidio ospedaliero;
- 2) rende operative le indicazioni organizzative definite dall'azienda;
- 3) coordina le strutture dipartimentali;
- 4) sulla base degli obiettivi aziendali e del budget complessivo del presidio ospedaliero, concorre alla definizione degli obiettivi dei dipartimenti e delle altre strutture;
- 5) partecipa alla negoziazione o negozia direttamente il budget con i direttori dei dipartimenti e delle altre strutture, in base al budget del presidio ed in linea con gli obiettivi generali aziendali;
- 6) collabora con la direzione aziendale alla definizione dei criteri di assegnazione e gestione delle risorse ed è responsabile della loro corretta applicazione nei dipartimenti e nelle altre strutture;
- 7) cura la raccolta dei dati statistici sanitari, utili a fini interni o per l'inoltro agli uffici e servizi competenti;
- 8) esprime valutazioni tecnico - sanitarie ed organizzative sulle opere di costruzione e ristrutturazione edilizia, autorizzando l'esercizio dell'attività chimico assistenziale negli ambienti destinati a tale scopo;
- 9) valuta il programma di manutenzione ordinaria e straordinaria, predisposto dall'ufficio tecnico e propone le priorità di intervento, con particolare riferimento ad eventuali situazioni di urgenza;
- 10) elabora proposte e fornisce pareri in merito alla programmazione ospedaliera;
- 11) fornisce al direttore sanitario proposte di modelli organizzativi delle strutture ospedaliere, finalizzate al raggiungimento degli obiettivi aziendali, e ne promuove l'adozione;
- 12) adotta provvedimenti straordinari con carattere d'urgenza;
- 13) concorre al controllo di gestione dell'azienda, fornendo proposte al direttore sanitario e collabora attivamente con l'Ufficio di controllo di gestione;
- 14) collabora attivamente all'implementazione del sistema informativo ospedaliero ed alla definizione dei contenuti del sistema informativo aziendale, provvedendo, per quanto di sua competenza, al corretto flusso dei dati;
- 15) esprime parere e formula proposte su programmi di informazione, formazione e aggiornamento del personale;
- 16) promuove le attività di partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini, con particolare riferimento all'applicazione della carta dei servizi ed ai rapporti con le associazioni di volontariato;
- 17) vigila ed attua provvedimenti in merito alle attività d'urgenza ed emergenza ospedaliera;
- 18) Vigila sulla programmazione, organizzazione ed applicazione delle attività rivolte a migliorare l'accettazione sanitaria, i tempi di attesa per prestazioni in regime di ricovero ordinario, diurno e ambulatoriale;
- 19) ha la responsabilità della organizzativa generale del poliambulatorio ospedaliero in ordine all'utilizzo ottimale delle risorse strutturali, tecnologiche e di personale;
- 20) provvede all'organizzazione per la valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate dal presidio ospedaliero;

- 21) provvede affinché vengano adottate tutte le misure per potenziare la mobilità passiva di pazienti provenienti dagli Stati membri dell'Unione europea.

#### 4.b. Nell'ambito delle competenze igienico-sanitarie e di prevenzione il direttore medico di presidio ospedaliero:

- 1) emana direttive e regolamenti, sorvegliandone il rispetto, in tema di tutela della salute e della sicurezza nel luogo di lavoro, igiene e sicurezza degli alimenti, ambienti e delle apparecchiature, attività di pulizia, disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione, smaltimento dei rifiuti sanitari, nonché strategie per la prevenzione delle infezioni ospedaliere;
  - 2) adotta i provvedimenti necessari per la salvaguardia della salute di operatori, pazienti e visitatori;
  - 3) è membro del comitato contro le infezioni ospedaliere;
  - 4) adotta strategie di organizzazione, gestione e controllo sui servizi alberghieri e di supporto, qualora esternalizzati;
  - 5) progetta e cura processi relativi alla tutela dell'ambiente e dell'igiene ambientale, della sicurezza e mobilità interna;
  - 6) applica e verifica la normativa sanitaria e sviluppa percorsi atti all'applicazione della stessa;
  - 7) progetta processi per la prevenzione delle infezioni in ospedale;
  - 8) progetta processi relativi ai servizi di supporto alle attività sanitarie;
  - 9) progetta processi per la tutela dell'igiene degli alimenti, della ristorazione ospedaliera e della nutrizione clinica;
  - 10) coordina gruppi di lavoro per progetti aziendali, regionali e/o nazionali.
- #### Nell'ambito delle competenze medico-legali, il direttore medico di presidio ospedaliero:
- 1) adempie ai provvedimenti di polizia mortuaria;
  - 2) nell'ambito delle attività inerenti il prelievo d'organi, svolge attività di organizzazione e di vigilanza,

partecipando, se necessario, quale membro al collegio medico per l'accertamento della morte, compiendo, inoltre, ogni ulteriore atto di competenza; inoltre, sovrintende, nel rispetto degli indirizzi del coordinatore regionale trapianti, attività organizzative del coordinatore locale trapianti;

- 3) vigila sulla corretta compilazione della cartella clinica, della scheda di dimissione ospedaliera e di tutta la documentazione sanitaria;
- 4) risponde, dal momento della consegna all'archivio centrale, della corretta conservazione della documentazione sanitaria;
- 5) rilascia agli aventi diritto, secondo modalità stabilite dall'azienda e nel rispetto della normativa vigente, copia della cartella clinica e di ogni altra documentazione sanitaria e certificazioni;
- 6) inoltra ai competenti organi le denunce obbligatorie;
- 7) coordina l'attività di valutazione del rischio clinico;
- 8) vigila sul rispetto dei principi etici e deontologici da parte degli operatori sanitari;
- 9) vigila sul rispetto delle norme in materia di sperimentazione clinica, partecipa al comitato etico aziendale e cura la conservazione della relativa documentazione;
- 10) presiede commissioni tecniche o vi partecipa in base a disposizioni aziendali o normative specifiche;
- 11) vigila sul rispetto della riservatezza dei dati sanitari ed esprime parere obbligatorio su raccolta, elaborazione e trasmissione di dati sanitari, con particolare riguardo ai mezzi informatici e telematici.

#### 4.c. Nell'ambito delle competenze scientifiche, il direttore medico di presidio ospedaliero:

- 1) promuove lo sviluppo delle risorse umane e della conoscenza aziendale (knowledge management) attraverso l'attività di formazione permanente, aggiorna-

mento e riqualificazione del personale (ECM);

- 2) verifica il livello di informazione, formazione ed aggiornamento del personale dei servizi in gestione esterna;
- 3) coordina, per quanto di competenza, l'organizzazione dei previsti corsi di specializzazione per il personale laureato del ruolo sanitario;
- 4) collabora all'elaborazione di piani di ricerca finalizzata e ne coordina l'attività;
- 5) vigila sull'ammissione e l'attività del personale volontario e frequentatore.

#### 4.e. Nell'ambito delle competenze di promozione della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie, il direttore medico di presidio ospedaliero:

- 1) promuove iniziative per il miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie;
- 2) provvede affinché i modelli organizzativi delle unità operative e dei dipartimenti siano orientati al raggiungimento di buoni livelli di qualità gestionale, di qualità tecnico-professionale e di qualità percepita;
- 3) ai fini di quanto indicato ai punti 1) e 2), promuove l'adozione, da parte delle unità operative e dei dipartimenti, delle strategie definite dalla direzione aziendale con particolare riguardo, in campo clinico, ai principi dell'Evidence Based Medicine (EBM);

#### 4.f. Rapporti tra direzione medica di presidio ospedaliero ed i dipartimenti ospedalieri

Nei confronti dei dipartimenti ospedalieri, il direttore medico di presidio ospedaliero svolge le seguenti funzioni:

- 1) nel rispetto degli obiettivi generali dell'azienda, definisce gli obiettivi specifici dei dipartimenti, concordati con i direttori di dipartimento, e vigila sul loro conseguimento;
- 2) partecipa alla negoziazione o negozia direttamente il budget con

i direttori dei dipartimenti, in base al budget del presidio ed in linea con gli obiettivi generali aziendali;

- 3) definisce le strategie ed i criteri per l'allocazione delle risorse umane e tecnico-strumentali nell'ambito dei servizi sanitari, nel rispetto della programmazione sanitaria aziendale;
- 4) svolge funzioni di interlocutore per le proposte dei direttori dei dipartimenti rispetto alla programmazione aziendale;
- 5) svolge funzioni di supporto tecnico all'attività dei dipartimenti, per gli aspetti organizzativi e gestionali;
- 6) coordina la raccolta e l'elaborazione dei dati di attività e di utilizzo delle risorse, per la predisposizione del piano di attività annuale, del monitoraggio delle attività svolte e della verifica dei risultati raggiunti;
- 7) esprime valutazioni tecniche ed organizzative sulla costruzione, ristrutturazione e ampliamento degli spazi comuni assegnati ai dipartimenti;
- 8) esprime valutazioni tecniche ed organizzative sulle proposte di acquisto di attrezzature biomedicali;
- 9) applica e verifica norme in tema di:
  - ▶ tutela di salute e sicurezza nel luogo di lavoro;
  - ▶ igiene e sicurezza degli alimenti, ambienti e delle apparecchiature;
  - ▶ attività di pulizia, disinfezione, sterilizzazione e disinfestazione;
  - ▶ smaltimento dei rifiuti sanitari;
  - ▶ strategie di prevenzione delle infezioni ospedaliere;
- 10) esprime parere sulle proposte dei direttori dei dipartimenti, in tema di formazione ed aggiornamento del personale;
- 11) promuove, d'intesa con i direttori dei dipartimenti, l'utilizzo corretto di strumenti e metodologie di miglioramento e controllo della qualità;
- 12) promuove le attività di partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini.



Dall'insieme delle funzioni ci pare sia opportuno porre particolare accento sulle articolate competenze del direttore medico di presidio ospedaliero, che sono essenzialmente quattro:

- ▶ una di tipo manageriale, riconducibile alla funzione di "responsabile dell'ospedale"
- ▶ una seconda di tipo organizzativo
- ▶ una terza di tipo igienico-sanitaria e di prevenzione
- ▶ una quarta orientata al sistema di valutazione e della qualità dell'assistenza.

Questi quattro ambiti di competenza possono essere attribuiti ad un'unica struttura organizzativa, articolata in più settori, o a più strutture indipendenti ma interconnesse, secondo una schema a rete che coniughi lo sviluppo di specifiche professionalità con l'esercizio di responsabilità gestionali globali, in relazione alla complessità e dimensione del presidio ospedaliero, alla sua articolazione in dipartimenti, al numero di stabilimenti che lo compongono e alla loro autonomia funzionale. Su questi aspetti di "architettura" della direzione medica di presidio ospedaliero varrà la pena di ritornare, magari aprendo un confronto sui vari modelli adottati o adottabili, mettendo da parte quelle che possono essere le preoccupazioni di difendere l'esistente, ché sovente vengono superate dai fatti, per promuovere invece la cultura del rinnovamento e adattamento della struttura e delle prerogative della direzione medica di presidio ospedaliero alle nuove realtà, complessità, esigenze e missioni aziendali.

È certo però che l'articolato quadro di competenze, unito alle grandi dimensioni aziendali, richiede comunque che, partendo dalla "visione globale del sistema", tipica delle discipline igienico-organizzative, vengano sviluppate specifiche professionalità relative alle varie competenze, da utilizzare non solo nella direzione medica di presidio ospedaliero, ma anche negli uffici di staff aziendali; è cioè tempo che, come dalle discipline mediche e chirurgiche genera-

li si sono evidenziate le specialità, dalla disciplina di igiene e organizzazione dei servizi ospedalieri si sviluppino gli specialisti di settore.

## 5. CONCLUSIONI

Le organizzazioni sanitarie, come molti altri sistemi organizzativi che animano le società contemporanee, stanno passando, fra difficoltà e resistenze di ogni sorta, da un tipo di gestione uniformante indifferenziata ed omogenea, ad una gestione capace di cogliere le unicità dei molteplici interlocutori dell'ospedale, interni ed esterni.

Questa transizione dall'idea di massa ad un tessuto intricato di soggettività organizzativa sta delineando una nuova ecologia delle organizzazioni, multidimensionale e complessa. I fattori immateriali come la conoscenza, i servizi, le informazioni, le relazioni personali ne costituiscono le componenti essenziali. In questa nuova ecologia ospedaliera l'esperienza organizzativa è il risultato di pratiche operative fra attori che interagiscono fra loro in relazioni molteplici dislocate in localismi diversi. Sono stimolati dal responsabile del governo clinico che orchestra, nell'ambito di un sistema a rete caratterizzato dalla non-linearità e dalla tendenza all'auto-organizzazione tipica dei sistemi complessi, gli effetti originati dalla loro mutua interazione. Il direttore sanitario aziendale ed il direttore medico di presidio ospedaliero, ciascuno nell'ambito delle proprie competenze, assumono oggi un ruolo nuovo che si caratterizza per compiti manageriali di grande importanza, che richiedono una formazione culturale specifica e ben diversa dai canoni tradizionali ma solidamente innestata in una formazione igienistica. L'approccio preventivo sta progressivamente puntando all'identificazione, alla misura e al controllo dei più svariati fattori di rischio potenzialmente presenti nel contesto delle organizzazioni sanitarie, nonché alla realizzazione di livelli tecnologici ed organizzativi in grado di rispondere a tali necessità.

In una organizzazione ben diretta l'effettiva comunicazione con tutto lo staff della visione e dei metodi del governo clinico è di importanza fondamentale, fornisce un linguaggio ed un sentire comune, chiarisce gli obiettivi e le aspettative. In particolare, le capacità di indirizzo, coordinamento, supporto e verifica del direttore sanitario di azienda e quelle organizzative, gestionali ed operative del direttore medico di presidio ospedaliero garantiscono il rafforzamento del lavoro di squadra, creano una cultura aperta e sensibile e assicurano che la gestione quotidiana e quella verso cui si tende rimangano parte integrale di ogni servizio clinico. Last but not least, la Commissione Europea, esprimendo le proprie "riflessioni" pubblicate in due documenti (20 aprile 2004) in merito ai risultati del "processo di riflessione di alto livello sulla mobilità dei pazienti e sugli sviluppi dell'assistenza sanitaria", ha invitato i propri Stati membri ad adottare politiche di cooperazione transfrontaliera, quale presupposto per permettere a tutti i cittadini di accedere ad una assistenza sanitaria di qualità, nel rispetto della sostenibilità finanziaria dei sistemi di assistenza sanitaria. A parere della Commissione ciò permetterà di ottimizzare le risorse esistenti e di assicurare a tutti i cittadini dell'Unione una qualità assistenziale sanitaria ad un livello di eccellenza. La cooperazione, infatti, potrà determinare:

- ▶ un miglioramento della salute e della qualità della vita dei cittadini;
  - ▶ una migliore utilizzazione delle risorse investite nei sistemi sanitari;
  - ▶ un incremento della crescita economica;
  - ▶ uno sviluppo più sostenibile per l'Unione allargata nel suo insieme.
- Ecco, quindi, le nuove sfide che alle direzioni sanitarie pervengono da un'Europa, da quell'Europa che, malgrado le recenti conflittualità istituzionali riscontrate, appare sempre più unita anche in relazione all'assistenza sanitaria.



# iii pteexpo '07

**7<sup>a</sup> FIERA E CONGRESSO**

**Tecnologie, Prodotti e Servizi per la TERZA ETÀ**

**Verona, 17-19 aprile 2007**



[www.pte-expo.com](http://www.pte-expo.com)

## CORSI e CONVEGNI

### RIF. MARTEDÌ 17 APRILE

**Orario**

- 112 L'assistenza residenziale agli anziani: i risultati di una ricerca italiana multicentrica e gli standard ottimali di assistenza - ECM..... 10.00-13.00 e 15.00-18.00
- 114 Nutrizione e Ristorazione: scelte per la Terza Età - ECM..... 10.00-13.00

### RIF. MERCOLEDÌ 18 APRILE

**Orario**

- 213 Esperienze in Europa: Evidence Based Nursing in Geriatria - ECM..... 10.00-13.00
- 217 Il dolore del paziente anziano con malattia cronica - ECM..... 15.00-18.00
- 219 Innovazione tecnologica e qualità dell'assistenza:  
la prevenzione delle infezioni nel soggetto fragile - ECM..... 12.00-18.00

### AIOCC - II CONGRESSO NAZIONALE - LE CURE CONTINUATIVE: ASPETTI DI NURSING

Riferimenti	Corsi di aggiornamento per Infermieri - ECM	Orario
101-201-301	Gli strumenti di valutazione del rischio di delirium .....	10.00-13.00 e 14.00-17.00
102-202-302	La relazione con il paziente affetto da demenza .....	10.00-13.00 e 14.00-17.00
103-203-303	Leadership e lavoro d'equipe .....	10.00-13.00 e 14.00-17.00
Riferimenti	Corsi di aggiornamento per Fisioterapisti - ECM	Orario
104-204-304	Intervento riabilitativo nel paziente affetto da malattia di Parkinson .....	10.00-13.00 e 14.00-17.00
105-205-305	Intervento riabilitativo nel paziente con disfagia .....	10.00-13.00 e 14.00-17.00
Riferimenti	Corsi di aggiornamento per Operatori dell'assistenza	Orario
106A-206A-306A	La contenzione fisica previene le cadute? .....	10.00-13.00
106B-206B-306B	La valutazione del dolore nei soggetti affetti da demenza. ....	14.00-17.00
107A-207A-307A	Dall'osservazione alla valutazione delle attività di base della vita quotidiana: le competenze degli operatori .....	10.00-13.00
107B-207B-307B	L'alimentazione nel paziente con disfagia. ....	14.00-17.00

**TUTTI I CORSI DI AGGIORNAMENTO VERRANNO RIPETUTI NELLE TRE GIORNATE DI PTE EXPO**

**per informazioni ed iscrizioni [www.finmark-congress.it](http://www.finmark-congress.it)**

**FIN-MARK Srl**

Via di Corticella 205 • 40128 BOLOGNA • Tel. 051 4199911 • Fax 051 4199923 • [info@fin-mark.com](mailto:info@fin-mark.com) • [www.fin-mark.com](http://www.fin-mark.com)





Servizitalia

## UN MIX DI OFFERTA AD ALTO VALORE AGGIUNTO PER EQUIPE MEDICHE & PAZIENTI

Siamo il principale operatore a livello nazionale nel settore dei servizi integrati rivolti alla sanità. Le nostre attività si articolano nei Servizi di Lavanolo biancheria e di quelli ad alto valore aggiunto per il settore ospedaliero dei Servizi di Sterilizzazione biancheria e Servizi di Sterilizzazione di strumentario chirurgico. L'ampia diversificazione del mix di servizi offerti, ci ha consentito negli anni di posizionarci come partner strategico ed interlocutore privilegiato di servizi integrati a favore di strutture ospedaliere pubbliche, private e socio-assistenziali.

Operiamo per conto di oltre trecento clienti distribuiti sul territorio nazionale, servendo più di 45.000 posti

letto, fornendo vestiario a oltre 100.000 addetti sanitari e gestendo più di 80 guardaroba.

La nostra piattaforma produttiva è posizionata nel centro-nord Italia ed è articolata in 9 stabilimenti di lavanderia industriale, 5 centrali di sterilizzazione biancheria, 6 centrali di sterilizzazione di strumentario chirurgico dislocati in prossimità dei presidi ospedalieri.

Saper guardare avanti per contribuire a migliorare la sanità pubblica, al servizio delle equipe mediche e dei pazienti e valorizzare al massimo le risorse umane del team creato per portare avanti nuove sfide: questo l'obiettivo più importante e gli ingredienti del successo di Servizi Italia.

[www.si-servizitalia.com](http://www.si-servizitalia.com)

Servizi Italia S.p.A. • Via San Pietro, 59/B • 43019 Castellina di Soragna (PR) • Tel. 0524 598511 • Fax 0524 598232 • e-mail: [sede@si-servizitalia.com](mailto:sede@si-servizitalia.com)





# Indicatori di sala operatoria

## Riassunto

L'ANMDO ha ritenuto di elevato interesse un progetto di elaborazione di indicatori di sala operatoria cogliendo il suggerimento di alcuni iscritti che intendevano approfondire il tema.

Il progetto che ne è scaturito è un interessante iniziativa multidisciplinare in cui sono coinvolti ben 13 ospedali di varie regioni italiane.

L'elevato interesse ha indotto poi il coordinamento del progetto ad "aprire" l'accesso anche ad altri ospedali il cui numero è, quindi, in crescita.

Il progetto si articola in due anni e, alla conclusione del primo di essi, gli impegni presi sono stati rispettati. Sono già disponibili interessanti dati ben standardizzati relativamente agli aspetti strutturali ed organizzativi.

Nel secondo anno saranno affrontati gli indicatori di performance e di costo. Il progetto prevede altre importanti evoluzioni quali un glossario dei termini del settore, la redazione di una bozza di criteri di accreditamento organizzativo dei reparti operatori e, probabilmente, anche il coinvolgimento di qualche altro ospedale straniero.

## Summary

*ANMDO Association has supported an interesting project plan based on the elaboration of surgery room indices starting from the suggestion of some ANMDO members. This project plan is an interesting multidisciplinary initiative in which 13 Italian hospitals are involved. The great scheme importance induced the coordinating management to increase the partnership with other hospitals.*

*The plan length is articulated in two years; in the first year of activity the schedule of operation has been complied. Interesting standardized outcomes are already available relatively to the structural and organizational aspects. In the next second year the work group will analyze the performance and cost indices.*

*Other development project aims are the realization of procedural times glossary, the drawing up of an accreditation criteria draft for the surgery wards, and, probably, the involvement of other foreign hospitals.*

Nonostante un interesse elevatissimo, sia di tipo manageriale che di tipo prettamente economico, e nonostante una diffusa e progressiva informatizzazione delle sale operatorie, esiste tuttora una scarsa quantità di dati adeguatamente standardizzati, da permettere confronti fra strutture diverse. Uno dei problemi più immediati che le direzioni sanitarie dovranno affrontare, è quello di progettare ed adottare dei meccanismi di analisi comparata sugli aspetti peculiari dei reparti operatori, quali funzionalità, organizzazione, produttività, costi e non ultima la sicurezza, tramite strumenti analoghi a quelli utilizzati da oramai tanti anni per monitorare la produttività dell'intero ospedale (es. DRG).

## 2. MATERIALI E METODI

All'inizio dell'anno 2006 l'ANMDO ha istituito, con il proprio diretto sostegno, uno specifico gruppo di lavoro composto da rappresentanti di 13 ospedali (vedi sotto), con l'obiettivo di concordare degli standard di misurazione delle attività dei reparti operatori, in modo da rendere confrontabili dati che oggi sono raccolti in maniera troppo eterogenea. Il gruppo di lavoro è composto da membri provenienti dai seguenti ospedali:

1. Azienda Ospedaliera S. Martino di Genova;
2. Azienda Ospedaliera S. Orsola Malpigli di Bologna;
3. IRCCS "Casa Sollievo della sofferenza" S. Giovanni Rotondo (FG);
4. IRCCS Istituto Dermopatico dell'Immacolata di Roma;
5. IRCCS Policlinico S. Matteo di Pavia;

**F. Girardi\*, G. Dal Pozzolo\*\***

\*Direzione Medica dell'Ospedale di Bolzano;

\*\*Direzione Medica dell'Ospedale di Bassano del Grappa.

## 1. INTRODUZIONE

La gestione delle sale operatorie ed ancor più dei reparti operatori ha sempre rappresentato una sfida importante per le direzioni sa-

nitarie o di presidio - che spesso ne sono i diretti responsabili - a causa della trasversalità e l'elevata complessità dei processi lavorativi ivi presenti e la varietà di figure professionali che vi sono coinvolte.

**PAROLE CHIAVE:**

Sala operatoria, reparto operatorio, indicatori, efficienza, costi

**KEY WORDS:**

*Surgery room, surgery ward, indices, efficiency, costs*

6. Policlinico Agostino Gemelli di Roma;
7. Presidio Ospedaliero Campo di Marte di Lucca;
8. Presidio Ospedaliero di Bolzano;
9. Presidio Ospedaliero Renzetti di Lanciano (CH);
10. Presidio Ospedaliero "S. Basiano" di Bassano del Grappa (VI);
11. Presidio ospedaliero unico della Versilia AUSL 12, Viareggio;
12. Presidio Ospedaliero Valle del Serchio, Castelnuovo Garfagnana e Barga (LU);
13. Spedali Civili di Brescia.

Le strutture ospedaliere sopra elencate sono di varia dimensione, tali da rappresentare un buon campione dell'intera realtà ospedaliera italiana.

Il gruppo di lavoro è interdisciplinare poiché, a fianco di medici delle direzioni sanitarie e mediche, comprende la partecipazione di anestesisti, chirurghi, infermieri ed informatici.

Il numero dei partecipanti a questo gruppo è fisso e limitato sia per motivi economici sia per la necessità di dover garantire un'adeguata continuità ai lavori ed ai criteri generali.

Il lavoro del gruppo è ispirato ai seguenti principi:

- ricerca del massimo consenso possibile sui metodi di misura delle attività dei reparti operatori sia tra strutture diverse che tra categorie di operatori;
- ricerca del set minimale di dati che esprime le attività esaminate evitando l'approfondimento esasperato del dettaglio;
- massima aderenza alla realtà operativa e pragmatismo;
- scambio di dati sistematico ad ogni fase del lavoro come strategia operativa di base.

Il lavoro si articola in due anni con tre o quattro riunioni plenarie all'anno.

La strategia generale è quella della stesura di criteri per la raccolta dati, affiancata dalla rilevazione e dal confronto diretto tra le strutture partecipanti. Tali due attività procederanno parallele per garantire l'immediata e pratica verifica dei contenuti concordati nelle riunioni plenarie. Il coordinamento del gruppo è affidato al Dr. Flavio Girardi, direttore medico dell'Ospedale di Bolzano, mentre la segreteria è garantita dalla segreteria nazionale dell'ANMDO, Dr.ssa Annamaria De

Palma, a Bologna. L'ANMDO fornisce un supporto economico finalizzato a finanziare la parte logistica degli incontri con lo scopo di garantire continuità al lavoro.

L'interesse dell'ANMDO è quello di valorizzare le competenze delle direzioni sanitarie e mediche nei processi di gestione dei reparti operatori.

### 3. STRUTTURA DEI DATI ED INDICATORI

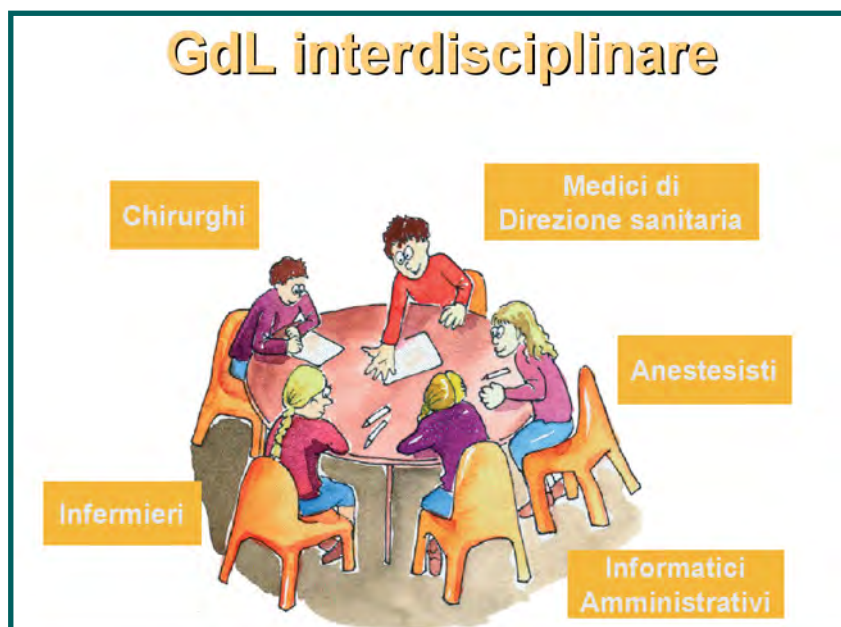
E' utile richiamare l'attenzione sul significato che possono avere le espressioni "dato" ed "indicatore".

Il dato corrisponde ad una rappresentazione di fatti (dal latino "datum" che significa letteralmente "fatto") o concetti in un modo formale che sia adatto alla comunicazione, interpretazione o elaborazione da parte dell'uomo o di strumenti automatici. Il concetto di dato va distinto da quello di informazione: un dato costituisce informazione per qualcuno, se a quest'ultimo soddisfa un fabbisogno informativo. Indicatori sono variabili ad alto contenuto informativo, che consentono una valutazione sintetica di fenomeni anche complessi e forniscono gli elementi necessari ad orientare le decisioni (Focarile, 2003). Trattasi, inoltre, di variabili misurabili che servono a confrontare un fenomeno nel tempo (in momenti diversi) e nello spazio (tra realtà diverse) o rispetto ad un obiettivo da raggiungere o da mantenere. Al fine di una maggiore comprensione e univocità, il gruppo di lavoro ha innanzi tutto chiarito il significato dei termini più ricorrenti nelle definizioni, come "ospedale", "azienda sanitaria", "presidio ospedaliero", "struttura" e "padiglione".

I dati e gli indicatori sono stati poi suddivisi in cinque categorie:

1. dati ed indicatori di struttura;
2. dati ed indicatori di organizzazione;
3. dati ed indicatori di performance in elezione;
4. dati ed indicatori di performance in urgenza;
5. dati ed indicatori di qualità.

I singoli dati ed indicatori possono



essere di due tipi: dato o indicatore di base ed indicatore calcolato. Nei primi due casi si tratta di un valore direttamente fornito alla raccolta dati. Mentre, l'indicatore calcolato si ottiene tramite elaborazione dei dati di base. Il Documento che riporta le definizioni di dati ed indicatori costituisce il Manuale. Ogni singolo dato è stato definito secondo il seguente schema: titolo, significato, note esplicative, esempio e tipo di risposta. Alla data attuale sono stati sviluppati i dati di struttura (strutture, personale e tecnologia) ed i dati di organizzazione (gestione ed informatizzazione); essi sono oggetto dell'elenco successivo.

## 4. INDICATORI DI BASE RILEVATI

### 4.1 Dati di struttura

Definiscono misure utili a valutare gli aspetti di struttura comprendenti il contesto funzionale della struttura (produzione globale di prestazioni), i locali, le risorse umane e le tecnologie a disposizione per l'attività chirurgica. Per quanto riguarda il contesto operativo sono rilevati i dati relativi a:

1. Denominazione del presidio.

2. Tipologia dell'ospedale.
3. Attività chirurgica di tipo universitario.
4. Città.
5. Numero di strutture.
6. Posti letto in regime ordinario per acuti.
7. Posti letto in regime di DH/DS.
8. Posti letto chirurgici in regime ordinario.
9. Posti letto chirurgici in regime di DH/DS.
10. Produzione di DRG in regime ordinario.

Esempio di una definizione:

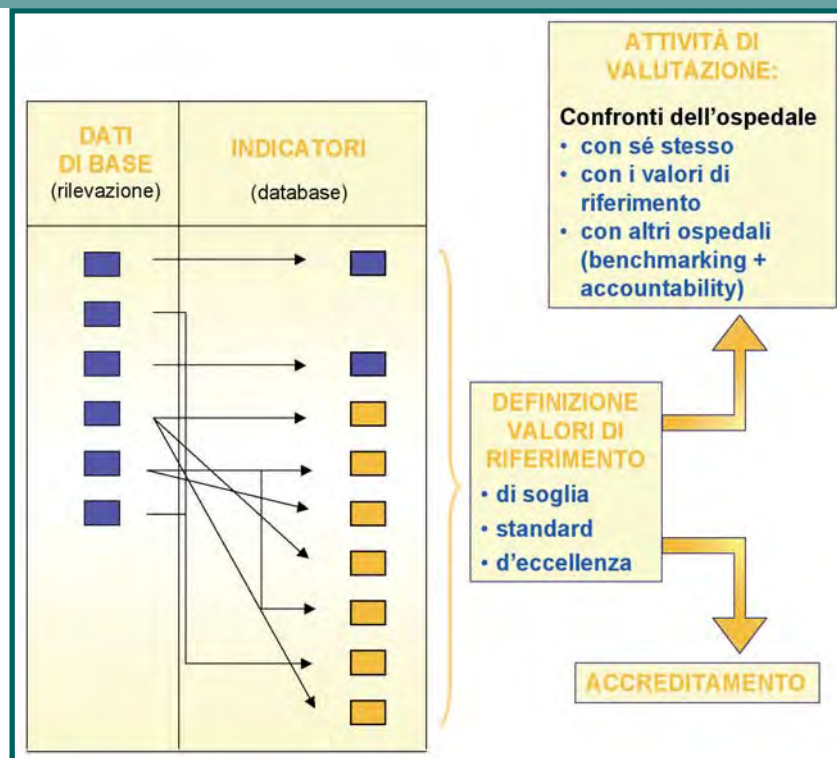
**Titolo del dato:** ORE SETTIMANALI DI URGENZA IN PRONTA DISPONIBILITA'

**Significato:** Numero totale delle ore di programmazione delle sale operatorie con personale in pronta disponibilità (non sotto timbratura, quindi apertura potenziale) riservate esclusivamente all'attività d'urgenza per l'intero presidio o azienda ospedaliera come sopra definiti.

**Note esplicative:** Tale dato deve essere riferito alla settimana standard di attività normale. Sono da escludere, quindi, eventuali programmazioni speciali potenziate o ridotte (es. periodo estivo, festività, ecc.). Si ribadisce che si tratta di ore di apertura potenziale di una o più sale operatorie con team completo (vedi esempio).

**Esempio:** Ospedale che prevede tutte le notti un team completo per l'apertura di una sala op. in regime di pronta disponibilità dalle ore 20.00 alle ore 8.00 e la domenica due team completi anche di giorno; il calcolo è il seguente 1 sala x 12 ore x 7 notti = 84 ore, 2 sale x 12 ore x 1 giorno = 24 ore, 84 + 24 = 108 ore alla settimana.

**Tipo di risposta:** numero di ore.



11. Produzione di DRG in regime DH/DS.
12. Produzione di DRG chirurgici in regime ordinario.
13. Produzione di DRG chirurgici in regime DH/DS.

I dati relativi alla struttura fisica riguardano invece:

1. Numero di sale operatorie disponibili.
2. Numero di sale operatorie attive.
3. Presenza di un Recovery room.
4. Raggruppamenti fisici di sale operatorie.
5. Raggruppamenti funzionali di sale operatorie.
6. Numero di sale operatorie con attività di sterilizzazione.

Nell'ambito di risorse umane vengono raccolti i dati relativi all'impegno orario delle seguenti figure professionali:

1. Medici anestesisti.
2. Infermieri.
3. Tecnici sanitari.
4. OSS, OTA, ausiliari.
5. Altro personale.

Mentre, per quanto riguarda le tecnologie si rileva:

1. Valore delle apparecchiature biomediche in termini monetari.

### 4.2 Dati di organizzazione

Definiscono misure utili a valutare gli aspetti organizzativi più rilevanti.



## Indicatori di sala operatoria

ti e comunque in grado di fornire elementi di confronto. Sono stati identificati due sottogruppi: gestione ed informatizzazione.

Nell'ambito della gestione i dati rilevati riguardano:

1. Centro di responsabilità di riferimento per il reparto operatorio.
2. Organismo di gestione operativa.
3. Attività libero professionale.
4. Ore settimanali di elezione.
5. Ore settimanali di urgenza in servizio attivo.
6. Ore settimanali di urgenza in pronta disponibilità.
7. Ore settimanali riservate all'attività libero professionale.
8. Numero di sale operatorie soggette ad un regolamento del reparto operatorio.
9. Numero di sale operatorie soggette ad una pianificazione giornaliera.
10. Numero di sale operatorie soggette ad una pianificazione settimanale.
11. Numero di sale operatorie soggette ad una pianificazione annuale.

In merito all'informatizzazione sono rilevati i dati relativi a:

1. Presenza di un sistema informatico centralizzato.
2. Numero di sale operatorie con un software di tipo commerciale.
3. Numero di sale operatorie con un software che prevede la firma digitale.
4. Numero di postazioni informatiche nelle sale operatorie.
5. Numero di postazioni informatiche non in sala operatoria.
6. Percentuale di interventi chirurgici con documentazione informatizzata.
7. Funzioni gestionali informatizzate.
8. Valore di acquisto dell'apparecchio informatico in termini monetari.

### 5. SVILUPPO DEL PROGETTO

Alla data attuale il gruppo di lavoro ha tenuto le tre riunioni plenarie previste per il primo anno del progetto



to (31 marzo, 7 giugno 2006 e il 13 ottobre 2006) ed anche la prima plenaria del secondo anno (26 gennaio 2007).

In tali sedute è stata sviluppata e definita la parte relativa ai dati di struttura e di organizzazione ed avviata, nell'ultima seduta, la parte relativa ai tempi operatori in vista degli indicatori di performance. Parallelamente sono già state eseguite due rilevazioni dati di prova. L'elevato interesse suscitato in altri ospedali ha indotto il coordinamento del progetto ad "aprire" l'iniziativa ad altri centri. Si sono aggiunti, di conseguenza, altri due ospedali ed altri 4 sono in via di adesione.

E' molto probabile, infine, l'adesione anche di due centri germanici grazie alla strategica posizione dell'Ospedale di Bolzano, al cui Direttore Medico è affidato il coordinamento del progetto. Il database disponibile sta diventando, quindi, di dimensioni rilevanti e di elevato interesse. Successivamente, come già detto, il lavoro proseguirà con l'elaborazione di dati ed indicatori relativi a:

- a performance in elezione;
- a performance in urgenza;
- la qualità.

I dati ed indicatori di performance in elezione sono idonei a definire misure utili a valutare l'attività e l'efficienza operativa relativa alle attività di elezione (chirurgia programmata). I dati ed indicatori di

performance in urgenza forniscono misure utili a valutare l'attività e l'efficienza operativa relativa all'attività urgente (chirurgia d'urgenza e di emergenza). I dati ed indicatori di qualità producono misure utili a valutare gli aspetti qualitativi del processo di produzione delle prestazioni chirurgiche. Ri-epilogando, il lavoro su dati ed indicatori di sala operatoria procederà approssimativamente nel seguente modo:

1. Individuazione e definizione di ulteriori dati ed indicatori.
2. Raccolta dei dati di base e rilevazione degli indicatori calcolati.
3. Creazione di un database comprendente dati di base ed indicatori calcolati.
4. Definizione di valori soglia, valori standard e/o di eccellenza per ogni indicatore: Per aumentare la probabilità che un indicatore diventi un'informazione utile e che possa modificare le decisioni, è opportuno che sia accompagnato da un valore standard ossia da un valore di riferimento.
5. A questo punto, dopo aver individuato degli standard, l'evoluzione può seguire due grandi filoni:
  - a) Attività di valutazione. Ogni ospedale che rileva i dati ed indicatori di sala operatoria potrà confrontarsi a tre livelli:
    - con sé stesso nel tempo (valuta-

# la MOSSA VINCENTE



816221



816207



816208



816011



816009



Via A. Vivaldi 16/18  
42043 Gattatico (RE) - ITALY  
Tel. 0522 477211 - Fax 0522 477225  
www.karrel.it - karrel@karrel.it

## Progetti

- zione e miglioramento interni);
- con i rispettivi valori soglia, con gli standard e con parametri di eccellenza;
- on altri ospedali simili (benchmarking).

A questo livello si può includere l'uso degli indicatori a scopo di rendicontazione (accountability), che porta alla diffusione pubblica dei risultati conseguiti.

b) Riferimento tecnico-scientifico fino alla possibilità di stilare criteri di accreditamento.

## 6. CONCLUSIONI

La gestione dei reparti operatori ha sempre posto problemi e sfide eccezionali per le direzioni sanitarie a causa dell'elevata complessità dei processi di lavoro e dell'integrazione dei vari ruoli professionali. Il gruppo di lavoro sugli "indicatori della sala operatoria" è stato istituito, al fine di concordare degli standard di misurazione delle attività dei reparti operatori e di rendere confrontabili i dati, che tuttora sono raccolti in maniera troppo eterogenea, tra presidi ospedalieri diversi. La rilevazione di dati ed indicatori, successive elaborazioni statistiche e la disponibilità di valori soglia, standard e d'eccellenza di riferimento sono elementi fondamentali, innanzitutto, per promuovere una programmazione corretta ed un utilizzo appropriato delle sale operatorie; sono inoltre i presupposti per poter avviare nei vari reparti operatori attività di valutazione (benchmarking) e di accreditamento.

Infine, una gestione ottimale delle sale operatorie sarà di beneficio sia per gli operatori che per i pazienti.

Altre strutture hanno manifestato un forte interesse per l'iniziativa, per cui l'ANMDO ha approvato la possibilità di coinvolgerle a cascata, garantendo comunque l'uniformità e la continuità del gruppo di lavoro originario. Il progetto quindi sta entrando nella sua fase più impegnativa e critica.

## BIBLIOGRAFIA

1. G. Schüpfer, M. Bauer, B. Scherzinger, A. Schleppe; Controllinginstrumente für OP-Manager; *Anaesthesist* 2005 - 54:800-807; DOI 10.1007/s00101-005-0875-5; Online publiziert: 15. Juni 2005; Springer Medizin Verlag 2005

2. Tom Archera and Alex Macariob; The drive for operating room efficiency will increase quality of patient care; *Current Opinion in Anaesthesiology* 2006, 19:171-176; 2006 Lippincott Williams & Wilkins 0952-7907

3. Dan C. Krupkaa and S. Warren. Sandberg; Operating room design and its impact on operating room economics; *Curr Opin Anaesthesiol* 19:185-191.; *Anesthesia and Critical Care, Massachusetts General Hospital, Boston, Massachusetts, USA* 2006 Lippincott Williams & Wilkins

4. G. Geldner, L. H. J. Eberhart, S. Trunk, K. G. Dahmen, T. Reissmann, T. Weiler, A. Bach; Effizientes OP-Management Vorschläge zur Optimierung von Prozessabläufen als Grundlage für die Erstellung eines OP-Statuts; *Anaesthesist* 2002 - 51:760-767, DOI 10.1007/s00101-002-0362-1; Springer-Verlag 2002

5. Franklin Dexter, M.D., Ph.D., Richard H. Epstein, M.D., † Rodney D. Traub, Ph. D., † Yan Xiao, Ph.D. §; Making Management Decisions on the Day of Surgery Based on Operating Room Efficiency and Patient Waiting Times; *Anesthesiology* 2004; 101:1444-53 David C. Wartier, M.D., Ph.D., Editor

6. James E. Stahl, MD, CM, MPH, a,b Warren S. Sandberg, MD, PhD, c Bethany Daily, MHA, Richard Wiklund, MD, d Marie T. Egan, RN, e Julian M. Goldman, MD, c Keith B. Isaacson, MD, Scott Gazelle, MD, MPH, PhD, and David W. Rattner, MD, f Boston, Mass; Reorganizing patient care and workflow in the operating room: a cost-effectiveness study Inc. doi:10.1016/j.surg.2005.12.006 2006 Mosby,

7. Robert Hanss, M.D., Bjorn Buttgerit, M.D., Peter H. Tonner, M.D., † Berthold Bein, M.D., Andreas Schleppe, M.D., †, Markus Steinfath, M.D., § Jens Scholz, M.D., Martin Bauer, M.D., M.P.H. ,Overlapping Induction of Anesthesia, An Analysis of Benefits and Costs, *Anesthesiology* 2005; 103:391-400 2005 American Society of Anesthesiologists, Inc. Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

8. Matthias Ringkamp, M.D., Richard A. Meyer, M.S. Johns, Hopkins University, Baltimore, Maryland. platelet@jhmi.edu Injured versus Uninjured Affereents, *Anesthesiology* 2005; 103:221-3 2005 American Society of Anesthesiologists, Inc. Lippincott Williams & Wilkins, Inc.

9. M. Bauer, R. Hanß, A. Schleppe, M. Steinfath, P. H. Tonner, J. Martin, 1 Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum, Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Prozessoptimierung im „kranken Haus“, *Anaesthesist* 2004 53:414-425, DOI 10.1007/s00101-004-0674-4, Online publiziert: 23. März 2004 Springer-Verlag 2004

10. W. Leidinger, J. N. Meierhofer, G. Schüpfer, OP-Management im KTQ Zertifizierungsprozess, Eines Schwerpunktkrankenhauses, *Anaesthesist* 2006 - 55:1205-1211, DOI 10.1007/s00101-006-1079-3, Online publiziert: 23. August 2006 Springer Medizin Verlag 2006

11. S. Riedl, Modernes Operationsmanagement im Workflow Operation, 2002 73:105-110 Springer-Verlag 2002

12. Andrew P. Harris, William G. Zitzmann Jr., Operating Room Management Structure, Strategies & Economics, Mosby



# Dentro all'innovazione

# ARJO



*Spazio, ausili meccanici  
e tecniche operative*

ARJO progetta, produce e commercializza soluzioni e sistemi destinati a migliorare la qualità di vita degli assistiti, di chi assiste e di chi gestisce, partecipando a creare un ambiente di lavoro sicuro, salutare ed ergonomico. ARJO è Leader nell'integrare la miglior tecnologia con la miglior conoscenza ed esperienza disponibili.

## **ARJO ITALIA SpA**

Via Tor Vergata, 432 - 00133 ROMA  
Centralino 06 87426211 - Fax 06 87426222  
Servizio Clienti 199 887766  
E-mail: [promo@arjo.it](mailto:promo@arjo.it)  
[www.arjo.com](http://www.arjo.com)



## Il nuovo ospedale di Olbia

Sono terminati i lavori del I° lotto del Nuovo Ospedale di Olbia, entro la prossima estate saranno ultimati i trasferimenti per l'attivazione dei reparti.

Le opere procederanno con l'appalto del II° lotto che prevedono il completamento dell'ospedale

### Riassunto

Questo progetto si conforma alle normative vigenti ed è concepito in due separati lotti esecutivi: con il primo l'ospedale offrirà tutti i servizi indispensabili per acuti in una configurazione ridotta e col secondo 296 posti letto con 130 mq per posto (sup. lorda con l'esclusione delle centrali). I padiglioni avranno a disposizione aree lasciate al grezzo per la rapida realizzazione di adattamenti futuri. L'area di 47.517 mq è situata a nell'immediata periferia a sud-ovest di Olbia con 5 "padiglioni specializzati" con attività omogenee e collegamenti differenziati su quattro livelli: merci (livello -1), pazienti e personale (livelli 0, +1) e visitatori (livello +2). La scelta di padiglioni indipendenti riduce l'impatto ambientale con volumi molto semplici adatti a successivi ampliamenti. Il padiglione "A" avrà una corte con copertura vetrata, concepita come una "piazza" su cui si affacciano i servizi generali.

### Summary

*This project conforms to the in force regulation and has been conceived in two separate, consecutive parcels: with the first the hospital will offer all the indispensable medical aids for acute diseases in an abridged version and with the second 296 bedspaces (about 130 sq m for bed, gross area, plants excepted). The wings will have unrefined rooms at disposal for upcoming rapid adjustments. The area of 47.517 sq m is located in a near southwest suburb of Olbia. There will be 5 "specialized wings", with homogeneous activities and connections on four levels for different flows: goods (-1), patients and personnel (0,+1) and visitors (+2). The separate wings reduce the environmental impact with very simple volumes, apt to future additions. The "A" wing will be different for a courtyard with a glass roof, conceived like a "piazza" with general services.*

**G. Plicchi\***, **M. Rizzoli\*\***

\* Ingegnere Libero Professionista

\*\* Architetto Libero Professionista

delle esigenze assistenziali, seppure in configurazione ridotta. Attualmente è terminato il I° lotto, l'opera proseguirà con le opere di completamento del II° lotto di cui sono in corso le procedure di appalto dei lavori. Entro la prossima stagione estiva, saranno ultimate le attrezzature ed i trasferimenti dei reparti. Il Nuovo Ospedale di Olbia è una nuova struttura progettata su un terreno libero. L'Ospedale è stato dimensionato sulle esigenze sanitarie identificate dalla ASL n.2 e quando sarà terminato il II° lotto disporrà complessivamente di 296 PL. La superficie totale lorda per posto letto e di circa 130 mq/pl (escluse centrali). I padiglioni dispongono di alcune aree lasciate al grezzo per consentire la realizzazione rapida di adattamenti futuri. L'Ospedale risulta correttamente dimensionato per le funzioni attualmente previste con una disponibilità potenziale per future applicazioni diagnostico-terapeutiche

### L'OPERA IN SINTESI

Il progetto del Nuovo Ospedale Civile di Olbia si colloca nell'ambito dei processi di riorganizzazione delle reti ospedaliere al fine di realizzare l'adeguamento al quadro normativo nazionale e regionale vigente. La progettazione del Nuovo Ospedale Civile di Olbia, pur nel concepimento di un intervento unitario e globalmente soddisfacente delle necessità assistenziali, è stato fin dall'inizio frazionato in due lotti successivi e distinti, così da ottenere con l'entrata in funzione del solo I° lotto, un presidio ospedaliero per acuti che disponesse di tutte le funzioni indispensabili al soddisfacimento

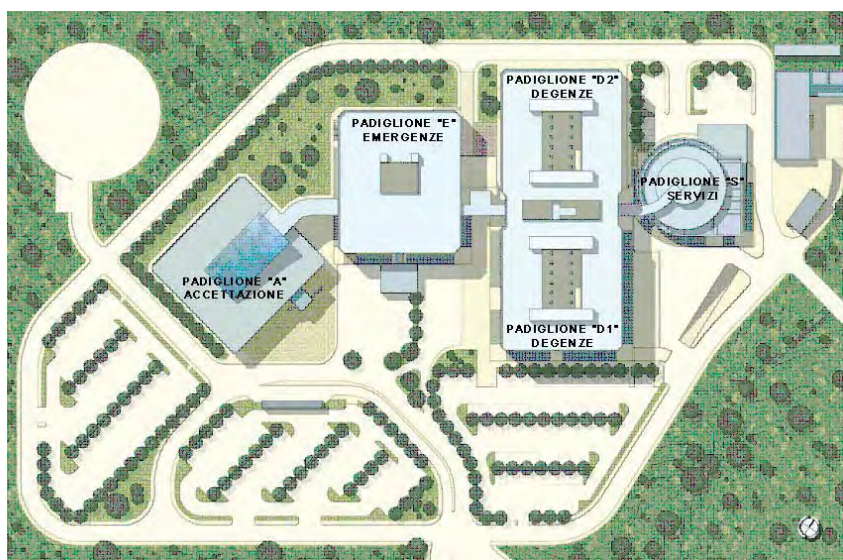


**PAROLE CHIAVE:**

Padiglione specializzato, collegamenti differenziati, impatto ambientale, piazza

**KEY WORDS:**

*Specialized wings, different-stream connections, environmental impact, "piazza"*



innovative. In particolare per la configurazione logistica e per la forte domanda diagnostico-terapeutica è possibile incrementare il settore oncologico con l'introduzione di Acceleratore Lineare, PET-TAC.

**IL SITO D'INTERVENTO**

Il luogo nel quale è in fase realizzativa il Nuovo Ospedale Civile di Olbia ha una forma trapezoidale ed è denominata "Pasana". L'Area di superficie pari a 47.517mq è posta nell'immediata periferia di Olbia, a sud-ovest rispetto al centro abitato. Essa giace in località Tannuale, lungo il pendio orientale di una modesta emergenza granitica che degrada dolcemente verso est e che culmina ad ovest con monte San Michele. Pur ricadendo entro il perimetro urbano, sostanzialmente definito dal tracciato della nuova strada tangenziale, l'area in esame presenta evidenti caratteristiche di ruralità. Altra particolarità del sito è individuabile nei notevoli dislivelli (da +20 mt. a + 40mt. sul livello del mare).

**IL PROGETTO GENERALE**

In linea con i dati derivanti dall'analisi sulla domanda sanitaria prodotti dal bacino d'utenza dell'A.S.L. n° 2, che pervenivano ad un dimensionamento del fabbisogno in termini di Posti Letto (PL) pari a 296 PL, il Progetto Generale del Nuovo Ospedale per Acuti di Olbia prevede la realizzazione di 296 PL to-

tali, di cui 14 di terapia intensive adulti e 6 di terapia intensiva neonatale. La tipologia edilizia adottata si fonda sulla logica a "padiglioni specializzati", il criterio organizzativo, pertanto, è quello di accorpere in ciascun padiglione attività gestionalmente omogenee, sia sotto il profilo assistenziale, sia dei servizi di supporto. Sono stati così individuati sei volumi:

- Padiglione "A", o dell'Accesso;
- Padiglione "E", o dell'Emergenza;
- Padiglioni "D1" e "D2", o delle Degenze;
- Padiglione "S", o dei Servizi;
- Padiglione "T", o delle centrali Tecnologiche.

I padiglioni sono tra loro interconnessi attraverso un sistema di collegamento che penetra gli edifici a quattro livelli, ciascuno rispettivamente riservato al flusso delle merci (liv. -1), dei pazienti e del personale (liv. 0 e +1) e dei visitatori (liv. +2). La struttura sanitaria è inoltre servita da un'eliperficie localizzato al confine nord-occidentale dell'area d'intervento, allo scopo di minimizzare l'impatto sugli edifici ospedalieri del vortice generato dal rotore. Le funzioni in essi contenute, sono così riassumibili: Padiglione "A" (II° lotto) Si compone di tre livelli, (-1, 0, +1), in esso sono concentrate le attività direttive (Uffici destinati alla Direzione Sanitaria ed Amministrativa), quelle relative all'accogliemen-





to dei pazienti non “critici” (Hall, Portineria, Informazioni, Accettazione Amministrativa) e le funzioni ambulatoriali (Poliambulatorio, Centro Prelievi, Emodialisi, Trasfusionale, Endoscopia, Chirurgia Ambulatoriale). Il livello interrato ospita le sottocentrali tecnologiche.

### *Padiglione “E” (1° lotto)*

Si compone di quattro livelli (-1, 0, +1, +2), in esso sono accorpate le attività più spiccatamente rivolte alla gestione dei pazienti “critici”, in ricovero d’urgenza: il pronto soccorso e la diagnostica d’immagine al livello 0, il blocco operatorio e la terapia intensiva, al livello +1; a livello +2 è prevista sia un’area destinata ai visitatori, attrezzabile con percorso panoramico e giardino pensile, sia una zona occupata dalle sottocentrali tecnologiche. Elemento separatore tra le due è il tunnel di collegamento, il cui lato cieco nasconde il settore prettamente tecnologico in corrispondenza di blocco operatorio. Al piano seminterrato oltre alle centrali tecnologiche si trova anche la centrale di sterilizzazione.

### *Padiglioni “D1” (1° lotto) e “D2” (II° lotto)*

Si compongono entrambi di cinque livelli (-1, 0, +1, +2, +3), in essi sono ospitate le degenze ordinarie, comprensive di day-hospital divisionale e servizi interdipartimentali; a piano terra, oltre ad ulteriori funzioni interdipartimentali (Locali destinati all’aggiornamento professionale, Sala Convegni e Biblioteca), sono dislocate le attività laboratoristiche (Laboratorio analisi, Istopatologico) e gli spogliatoi del personale; il livello interrato ospita sottocentrali tecnologiche e spazi destinati a depo-

sito e archivio; il livello +1 del padiglione “D2” ospita il blocco parto.

### *Padiglione “S” (1° lotto)*

Si compone di cinque livelli (-3, -2, -1, 0, +1), uno dei quali interrato; in esso sono accorpate le attività di supporto alla funzione assistenziale (Deposito Biancheria, Farmacia, Morgue, Depositi, Cucina centralizzata e Mensa del personale, con saletta riservata); il livello interrato ospita sottocentrali tecnologiche e locali a disposizione per funzioni di servizio. Anche il livello più alto, corrispondente alla conclusione del percorso longitudinale di collegamento, accoglie spazi destinati ad impianti.

### *Padiglione “T” (1° lotto)*

Si compone di due livelli (-3, -2), uno dei quali interrato; esso ospita la cabina elettrica, le centrali termica, frigorifera, idrica/antincendio, dei gas medicali e le officine per le attività di manutenzione. Il padiglione “T” è collegato al vicino padiglione “S” tramite un percorso sotterraneo che si snoda a livello -3 e si raccorda, in corrispondenza del padiglione “D1” al livello -1 del tunnel longitudinale che unisce i manufatti tra loro.

## **SISTEMA DI COLLEGAMENTO DEI PADIGLIONI**

Ciascun livello del sistema di collegamento è riservato ad un flusso specializzato:

- il livello -1, al trasporto delle merci ed all’allontanamento delle salme;
- i livelli 0 e +1, al percorso “sanitario”, dei pazienti (interni ed esterni) e del personale (operativo o in transito verso gli spogliatoi centralizzati e la mensa);

- il livello +2, ai visitatori.

I due livelli del percorso sanitario (0,+1) consentono di raggiungere i padiglioni “D1”, “D2” e qualunque servizio del padiglione “E”, tramite un’unica risalita verticale, associata naturalmente al relativo collegamento orizzontale.

## **LA TIPOLOGIA EDILIZIA**

La tipologia edilizia adottata per il Nuovo Ospedale Civile di Olbia si fonda sulla logica a “padiglioni specializzati”; il criterio organizzativo, pertanto, è quello di accorpate in ciascun padiglione attività gestionalmente omogenee, sia sotto il profilo assistenziale, sia dei servizi di supporto. La scelta progettuale di impostare l’Ospedale nella tipologia a padiglioni è la conseguenza di dover conciliare le esigenze del P.R.G. e del vincolo paesaggistico e di impatto dei profili sull’ambiente. L’insieme dei padiglioni si adatta ai profili orografici senza particolari movimenti di terreno, ottenendo un movimento altimetrico contenuto e ritmato tra i padiglioni e il verde. Lo schema planimetrico è il risultato dell’ottimizzazione delle leggi che governano la massima efficienza funzionale, mentre le soluzioni architettoniche cercano con continuità l’inserimento ambientale, diventando lo strumento di dialogo tra il progetto ed il territorio. I collegamenti viari interni consentiranno di attraversare l’area su un percorso ad anello, di dimensioni e caratteristiche a norma per i percorsi dei vigili del fuoco. I corpi di fabbrica, volutamente semplici e lineari, danno la possibilità di possibili successivi ampliamenti, senza compromettere le funzioni esistenti; questo tema è molto importante, quando si consideri che da sempre gli ospedali esigo-





## SCHEMA INTERVENTO

Direttore Generale	Dott. Giovanni Battista Cherchi
Direttore Amministrativo	Dott. Pier Luigi Carta
Direttore Sanitario	Dott. Renato Mura
Responsabile Acquisti	Avv. Roberto Di Gennaro
Responsabile del Procedimento	Ing. Paolo Tauro
Importo opere I lotto	15.674,47
Importo opere II lotto	21.024,45
Superficie I lotto	23.890 mq
Superficie II lotto	21.024 mq
Posti letto	296
Sale operatorie	6
Sale operatorie Day Surgery	6
Poliambulatorio	18 ambulatori
Affidataria	Prof. Ing. Gianni Plicchi STS S.p.A. Ing. Mario Gavino Docche Geogramma S.p.A. Cosein s.r.l.
Gruppo di Progettazione	Prof. Arch. Eugenio Arbizzani Ing. Salvatore Bianco Ing. Nicola Freddi Arch. Giulio Desiderio Arch. Marco Rizzoli

no periodici aggiornamenti per risolvere problematiche che derivano dall'introduzione di nuove tecnologie ed innovazioni in genere. I padiglioni del 2° lotto avranno forma quadrangolare come i padiglioni "E" e "D1" del primo lotto e, sempre in analogia a questi ultimi, saranno dotati di ampi cortili interni, in modo da ridurre al massimo la superficie priva di illuminazione ed aerazione diretta. I padiglioni "A" e "D2" avranno percorsi distributivi interni ad anello, insistente sul percorso principale, e due blocchi di collegamenti verticali ciascuno. In linea di massima è stato utilizzato planimetricamente il corpo triplo; il corridoio infatti divide simmetricamente ogni lato del padiglione a forma quadrata, in modo da consentire a tutti gli ambienti di ricevere luce esterna diretta. I due padiglioni ("A" e "D2") sono quindi omogenei per dimensioni planimetriche e caratteristiche costruttive, mentre come dimensioni, il padiglione "D2" risulterà di due piani più alto. A differenza degli altri padiglioni, il padiglione "A" avrà la corte interna dotata di una copertura vetrata e conce-

pita come "piazza" sulla quale si affacciano servizi generali come bar, edicola ed ufficio informazioni, oltre a fungere da punto di smistamento dei percorsi per gli utenti esterni e i visitatori che accedono all'Ospedale proprio da questo padiglione. Da un punto di vista architettonico il tema dominante è quello del percorso orizzontale principale che attraversa tutti i padiglioni dell'Ospedale su più livelli. Il percorso inizia direttamente nella hall dell'ingresso nel padiglione "A" e, per la quasi totalità della sua estensione, smista i flussi su tre livelli fuori terra (0, +1 e +2), destinato ai pazienti, ai sanitari ed ai visitatori, e su un livello interrato (-1), destinato unicamente alle merci e all'allontanamento delle salme. Al livello +2, riservato ai visitatori, diviene galleria tutta esterna e trasparente che si interrompe solo in prossimità dei padiglioni "D1" e "D2", dove riprende il suo percorso interno come ai livelli sottostanti.

Porte ermetiche  
Porte automatiche  
Porte a battente  
Porte scorrevoli



INGRESSI OSPEDALIERI  
HOSPITAL DOORS



**PONZI** Porte Ospedaliere

BAGNARA • RA (sede) ☎ 0545 76009 fax 0545 76827

MILANO ☎ 02 8394231 • fax 02 89422342

PESCARA ☎ 085 4483020 • fax 085 4455895

ROMA ☎ 06 88566005 • fax 06 88560406

www.ponzi-in.it • ponzi@ponzi-in.it



www.cisagroup.it



# Sistemi di Sterilizzazione

Qualità

Affidabilità

Sicurezza

Assistenza

Bassi Costi di Gestione

## Autoclavi a Gas-Plasma



## Autoclavi e Termodisinfettori

## Lavasterilizza Endoscopi



## Lavaccessori e Arredi



## Centrali di Sterilizzazione



## Assistenza Clienti

## Software



**ITINERIS**  
Sistema di Rintracciabilità



**NCS-WEB**  
Sistema di Supervisione



**RMS-WEB**  
Remote Maintenance System

Cisa S.p.A. Via Pontina Km 28  
00040 - Pomezia - Roma - Italia  
Telefono +39 06 911437 1  
Fax +39 06 9107565  
e-mail: d.vendite@cisagroup.it  
service@cisagroup.it - iyadarnleh@cisagroup.it  
www.cisagroup.it  
Coordinamento Assistenza Tecnica  
+39 06 9122288

CISABRASILE LTDA.  
Rua Dona Francisca, 8300  
Distrito Industrial - Bloco C- Módulo 6  
CEP 89239-270 - Joinville - SC Brasil  
Telefono +55 47 3437-9090  
Fax +55 47 3435-7592  
e-mail: cisa@cisabrasile.com.br  
www.cisabrasile.com.br

Cisa Middle East and CIS Office  
Alsafa Wa Almarwa Building,  
Almadina Almonawara Street  
Telaa Al Ali, Amman Jordan  
Phone +962 6 5516592  
Fax +962 6 5511596  
e-mail: middleeast.sales@cisagroup.it  
P.O. Box 3692 Amman 11821 - Jordan

CISA Latin America Office  
1840 Coral Way - Suite 101  
Miami - Florida  
ZIP Code 33145  
Phone 001-305-858-3406  
Fax 001-305-858-3451  
e-mail: latinamerica.sales@cisagroup.it

Cisa Sub-Sahara Office  
Lotissement El Hamd  
Lot 26 - Sidi Mourmen  
Casablanca - Morocco  
Phone +212-22-74-11-45  
Fax +212-22-74-10-42  
e-mail: subsahara.sales@cisagroup.it

Cisa Asia Office  
190 Middle Road  
# 19-05 Fortune Centre  
Singapore 189979  
Phone +65 6826 1065  
Fax +65 6826 3373  
e-mail: asia.sales@cisagroup.it

Cisa India Office  
New Delhi - India  
e-mail: india.sales@cisagroup.it





# PADANA EVEREST

*detergenza tessile*



Noleggio Biancheria

Noleggio Abiti Sanitari

Noleggio set sterili per uso chirurgico in tessuti  
“Tecnici Riutilizzabili” CEE 0434 DIR. 93/42EEC

Noleggio di Dispositivi di Protezione Individuali

Noleggio e ricondizionamento dei materassi e guanciali

Sanificazione dei dispositivi a noleggio

Disinfezione dei dispositivi a noleggio

Gestione del guardaroba con logistica integrata

Gestione (con relativa progettazione e realizzazione)  
di centrali di sterilizzazione

Sterilizzazione dei dispositivi a noleggio



## Assistenza alle vittime di abuso sessuale: proposta di un modello organizzativo ospedaliero

### Riassunto

L'abuso sessuale è ancora troppo spesso un problema sommerso, vissuto da chi lo subisce con paura e vergogna. Le vittime dovrebbero invece trovare nel sistema sanitario solidarietà e sostegno: in particolare la preparazione degli operatori del Pronto Soccorso assume un ruolo fondamentale nel definire il percorso clinico-assistenziale, ma anche legale, che la vittima dovrà intraprendere. Data la complessità del compito, gli Autori propongono un modello organizzativo ospedaliero che aiuti gli operatori sanitari ad affrontare il caso di abuso con la dovuta competenza e tempestività.

### Summary

*Sexual abuse is still an underestimated problem. In spite of find in the National Healthcare System a support and/or solidarity, rape victims live this situation with fear and shame; in particular, Emergency Room staff training has an important role for the first clinical and legal assessment of rape victims. Because of the complexity of the duty, Authors propose an Hospital-guideline helpful to avoid any delay in sexual abuse cases management and put every member of the staff in the position to offer the best service.*

**A. Carbone\***, **A.G. Aronica\*\***, **B. Bagnato\*\*\***, **A. Cavaliere\*\*\*\***

\* Direzione Sanitaria Ospedale San Paolo Civitavecchia, ASL RM F

\*\* Unità Organizzativa Accettazione Ostetrica Ginecologica, Ospedale Sant'Eugenio Roma, ASL RM C

\*\*\* Scuola Specializzazione Igiene e Medicina Preventiva, Universitaria Tor Vergata Roma

\*\*\*\* Scuola Specializzazione Ginecologia e Ostetricia, Universitaria Tor Vergata Roma

### INTRODUZIONE E DIMENSIONI DEL PROBLEMA

Nel 1993 l'ONU ha delineato la definizione di "violenza contro le donne", definizione adottata nel 1996 dall'OMS: "Ogni atto legato alla differenza di sesso che provochi o possa provocare un danno fisico, sessuale, psicologico, o una sofferenza nella donna, compresa la minaccia di tali atti, coercizioni o arbitraria privazione del-

la libertà, sia nella vita pubblica sia nel privato".

Nonostante gli sforzi a livello internazionale, e quelli a livello nazionale, grazie ai quali l'abuso sessuale è divenuto, da reato contro la morale, reato contro la persona, ancora troppo spesso questo fenomeno si presenta come un problema sommerso, vissuto da chi lo subisce con paura e vergogna. Le vittime dovrebbero invece trovare solidarietà e sostegno in un sistema sanitario competente, in grado

di modificare la cultura di sfiducia e di contribuire a far emergere non solo la punta, ma tutto l'iceberg del fenomeno. Tuttavia, allo stato attuale, valutare le reali dimensioni del problema e quindi stimarne correttamente l'incidenza, non è ancora facile. Questo innanzitutto perché gli studi condotti sul fenomeno non sempre sono raffrontabili per criteri e metodologia. Ed in secondo luogo perché frequente è il "taciuto", soprattutto riguardo i casi che accadono tra le mura domestiche. Tutti gli studi, però, concordano sul fatto che la violenza sessuale è un problema presente in tutti i paesi e trasversalmente in tutti gli strati sociali, non soltanto in quelli più degradati. Per quanto approssimative, comunque le stime del fenomeno mettono in luce una situazione globale e nazionale molto grave. La fotografia più attuale della situazione nel nostro Paese proviene dall'Indagine ISTAT "Sicurezza dei cittadini" (dicembre 2004). Da quest'analisi emerge che in Italia 520.000 donne, di età compresa tra i 14 ed i 59 anni, nel corso della propria vita hanno subito almeno una violenza tentata o consumata; percentualmente si tratta del 2,9% del totale della popolazione femminile in questa fascia d'età. Ma la quota di sommerso risulta altissima: soltanto il 7,4% delle donne che ha subito violenza nel corso della vita ha denunciato il fatto alle forze dell'ordine; la percentuale cresce lievemente considerando il fenomeno negli ultimi tre anni (9,3%). Inoltre quasi un terzo delle vittime non parla con nessuno dell'episodio subito. Questo nonostante la violenza sia percepita come "grave" dall'84,7% delle vittime, e siano riportate ferite





**PAROLE CHIAVE:** Abuso sessuale; operatori di Pronto Soccorso; modello organizzativo ospedaliero

**KEY WORDS:** *Sexual abuse; Emergency Room staff; hospital organizational model*

che rendono necessario il ricorso a cure mediche nel 34,6% dei casi.

## GLI EFFETTI DELLA VIOLENZA

La violenza contro le donne può assumere diverse forme: sessuale, psicologica, maltrattamenti, ognuna delle quali ha conseguenze sulla salute fisica, mentale e riproduttiva. Il danno che ne deriva richiede spesso da parte degli operatori della salute una corretta analisi: in senso psicologico, perché spesso la vittima abusata o violata è affetta da dolore pelvico cronico, vissuto come reiterato ed acuto; in senso fisico, perché oltre alla violenza in sé, vanno valutate le gravidanze indesiderate o ad alto rischio, le malattie sessualmente trasmesse, le disfunzioni sessuali. Gli operatori sanitari del Pronto Soccorso, i ginecologi in particolare, spesso sono i primi a venire in contatto con chi ha subito violenza; si trovano quindi in posizione privilegiata per fornire supporto ed aiuto alle vittime, ma le difficoltà che possono incontrare sono molteplici:

- Difficoltà legate alla mancanza di risorse tecniche e strumentali necessarie per una assistenza tempestiva e congrua sul piano prettamente diagnostico clinico;
- Difficoltà legate alla mancanza di competenze sul piano dell'assistenza psicologica e dell'iter giuridico verso cui indirizzare la vittima;
- Difficoltà legate alla mancanza di comunicazione con la vittima, a causa di stereotipi culturali ed attitudini sociali che portano a giudicare la violenza domestica come una faccenda privata, ed al

frequente timore di venire coinvolti in qualità di testimoni.

- Difficoltà legate all'atteggiamento della vittima stessa, ed alla sua riluttanza a dichiarare la violenza subita, per paura di non essere credute, sensi di colpa e umiliazione, ma anche per proteggere l'aggressore, che spesso è un familiare. Tutto questo contribuisce a rendere il compito del medico ancora più difficile e delicato, ma d'importanza fondamentale nel definire il percorso che la vittima sceglierà di intraprendere: un approccio non corretto contribuirà a peggiorare le condizioni psicologiche della donna violentata e ad allontanarla definitivamente dalle istituzioni.

## LA LEGGE ITALIANA

La Legge n. 66 del 1996, di fatto determina un passo importante contro la violenza sessuale. Fondamentale la mutata visione, con il conseguente inasprimento delle pene, del reato che viene classificato dalla norma "contro la persona", cancellando la precedente valutazione che lo considerava reato "contro la morale". La nuova legge abroga numerosi articoli di norme precedenti, modificando il codice penale e quello di procedura penale. L'Articolo 3 afferma che "chiunque, con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità, costringe taluno a compiere o subire atti sessuali è punito con la reclusione da cinque a dieci anni"; specificando, nel contempo, che la pena può essere diminuita (ma solo in misura non eccedente i due terzi) in casi di minore gravità. Ma in caso di circostanze aggravanti,

il colpevole di violenza può essere condannato fino a 12 anni di reclusione. Si è in presenza di circostanze aggravanti, nei casi previsti dall'Articolo 4, ossia quando la violenza è commessa: "nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni quattordici; con l'uso di armi o di sostanze alcoliche, narcotiche o stupefacenti o di altri strumenti o sostanze gravemente lesivi della salute della persona offesa; da persona travisata o che simuli la qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio; su persona comunque sottoposta a limitazioni della libertà personale; nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni sedici della quale il colpevole sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, il tutore".

Da sette a quattordici anni, è quanto rischia chi ha commesso violenza su persona che non ha ancora compiuto i dieci anni di età. La norma pone grande attenzione alla violenza sessuale sui minori e rivolge anche un Articolo, il 12, alla tutela della riservatezza della vittima anche da parte dei media. Infine, è importante rilevare che l'Articolo 9 riguarda la violenza sessuale di gruppo e determina una pena da sei a dodici anni di reclusione per coloro che si macchiano di tale reato.

## PROPOSTA DI UN MODELLO ORGANIZZATIVO

### 1. L'ACCOGLIENZA IN EMERGENZA

È il momento fondamentale della presa in carico della paziente: è importante sottolineare che ha finalità di cura ma anche di raccolta prove al fine di tutelare i diritti della vittima.

Nell'iter dell'accoglienza è indispensabile creare un clima di fiducia: l'operatore dovrà enfatizzare il coraggio, non minimizzare l'evento, restituire legittimità ai sentimenti di paura e vergogna. In questo primissimo passo che è l'accoglienza in una struttura sanitaria

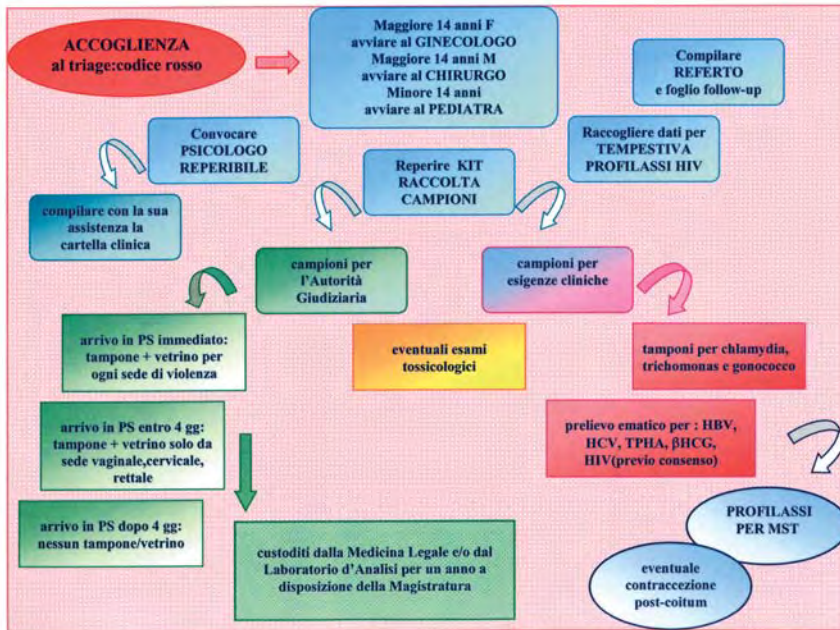


Figura 1  
modalità  
operative

ria, è d'obbligo spiegare chiaramente all/paziente tutte le fasi dell'iter assistenziale e renderle comprensibili e condivise: dalla raccolta anamnestica, al resoconto del fatto, alle modalità della visita ginecologica/chirurgica con tutte le fasi della raccolta prove, alla eventualità di eseguire esami tossicologici, alla opportunità della profilassi per malattie infettive sessualmente trasmesse, alla possibilità della prevenzione di gravidanza indesiderata con la contraccezione post-coitale. La comprensione di queste fasi da parte della vittima facilita inoltre il compito dell'operatore nella valutazione della necessità di un supporto psicologico, nell'individuazione di situazioni sociali o familiari a rischio, e nella eventuale decisione di ricovero (esiste un DRG per le violenze sessuali).

## 2. IL PERCORSO ASSISTENZIALE

La valutazione al triage (con immediata assegnazione del codice rosso) prevede innanzitutto che la vittima sia visitata, in base all'età e al sesso, dallo specialista competente: i minori di 14 anni saranno avviati al pediatra; i soggetti di sesso femminile maggiori di 14 anni al ginecologo; i soggetti di sesso

maschile maggiori di 14 anni al chirurgo. Avviata la consulenza, lo specialista seguirà gli step di assistenza definiti dal protocollo (fig.1). Prima di tutto dovrà reperire in Pronto Soccorso il kit di laboratorio, convocare lo psicologo reperibile, e raccogliere tempestivamente i dati anamnestici per l'eventuale profilassi anti-HIV (rammentando che il tempo ottimale per ottenere una copertura al 70% è di due ore dall'abuso). Successivamente lo specialista dovrà effettuare l'esame del paziente e poi compilare, con l'assistenza dello psicologo, la cartella clinica appositamente predisposta per le vittime di abuso sessuale. Dovrà poi eseguire la terapia per la profilassi delle Malattie sessualmente trasmesse (Chlamydia, Trichomonas e Gonococco) ed eventualmente valutare con la paziente la possibilità di eseguire una contraccezione postcoitale. Lo step successivo prevede l'uso del kit per la raccolta di tutti i campioni da inviare in laboratorio, avvalendosi delle istruzioni contenute in dettaglio all'interno del kit stesso. Va precisato che per evitare la possibilità di microtraumi durante la visita ginecologica dovrà essere utilizzato uno speculum di metallo, evitando lo speculum di plastica. La tipologia dei campio-

ni da raccogliere è distinta in campioni specifici per finalità clinico-diagnostiche e campioni destinati all'Autorità Giudiziaria. Per quanto riguarda i prelievi a fini clinico-diagnostici, l'operatore dovrà eseguire, indipendentemente dal tempo trascorso tra la violenza e la prima visita, i tamponi per la ricerca di Chlamydia, Trichomonas e Gonococco di cui preventivamente avrà eseguito la profilassi; dovrà inoltre eseguire il prelievo ematico per la ricerca sierologica di HCV, HBsAg, HBsAb, HbCAb, TPHA, per il dosaggio di betaHCG e per la ricerca del virus HIV, quest'ultima previo consenso informato. Per quanto riguarda invece i campioni da prelevare per l'Autorità Giudiziaria, va innanzitutto valutato il tempo intercorso tra la violenza e l'arrivo in Pronto Soccorso. Se questo è stato immediato, l'operatore dovrà eseguire un tampone ed un vetrino per ogni sede di tentata o avvenuta penetrazione oro-faringea, perivaginale, vaginale, cervicale, ano-rettale, perianale; dovrà effettuare l'eventuale prelievo di sostanze esogene (saliva, peli, capelli, detriti sub-ungueali) e richiedere l'esame delle urine in caso di sospetta assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope. Se l'arrivo in Pronto Soccorso avviene non immediatamente, ma comunque entro quattro giorni dall'episodio di violenza, l'operatore dovrà eseguire tampone e vetrino per tentata o avvenuta penetrazione soltanto per le sedi vaginale, cervicale e rettale. Dovrà comunque eseguire l'eventuale prelievo dei detriti sub-ungueali e l'esame delle urine se sospettasse l'assunzione di stupefacenti. Qualora infine la vittima si presenti in Pronto Soccorso oltre i quattro giorni dalla violenza, tamponi e vetrini non andranno eseguiti, mentre resterà da effettuare l'eventuale esame delle urine per gli stupefacenti. Va precisato che i campioni per l'Autorità Giudiziaria dovranno essere raccolti senza aggiunta di soluzione fisiologica né di fissativi; andranno



inviati al Laboratorio Analisi dopo aver compilato la distinta d'accompagnamento contenuta nel kit; una copia, timbrata e controfirmata per ricevuta dal responsabile del laboratorio, andrà conservata insieme alla documentazione del caso. Importante è la catena di custodia dei campioni: vengono prelevati, ben conservati ed etichettati, dal Servizio di Medicina Legale (Laboratorio d'Analisi) e tenuti per un anno a disposizione della Magistratura, che, se riterrà opportuno, darà l'incarico ai periti di estrarre il DNA e confrontarlo con quello dei sospetti. A questo punto dovrà essere compilato il referto, il cui numero andrà riportato sulla cartella clinica e sulla ricevuta dei campioni inviati al laboratorio; dovrà essere stabilita con la vittima la data della successiva visita, consegnandole poi il modulo per il follow-up. L'ultimo step prevede che la vittima venga affidata alle forze dell'ordine, alle quali verrà consegnata copia del referto e originale della cartella clinica.

## IL RISCHIO DI HIV \*

E' stato stimato che il rischio di contrarre HIV a seguito di un episodio di abuso sessuale è molto più basso rispetto a quello di contrarre altre malattie sessualmente trasmesse, anche se alcuni fattori aggravanti sono peculiari degli atti di violenza: il mancato utilizzo del condom, la possibilità che in occasione dell'aggressione sia le vittime che gli aggressori riportino lesioni traumatiche sia genitali che extragenitali, l'alta frequenza di rapporti anali, la frequenza di aggressioni da parte di più persone. Allo stato attuale non è ancora possibile indicare le reali dimensioni del problema, vista la sottostima del numero delle violenze sessuali e della prevalenza dell'HIV negli stu-

pratori. In questo quadro ancora non totalmente definito, l'opportunità di eseguire il test anti-HIV deve essere offerta a tutte le vittime di abuso sessuale e deve essere preceduta da specifico consenso informato. La profilassi post esposizione può essere eseguita, raccomandata, o non raccomandata in base alle caratteristiche della fonte di contagio, secondo lo schema riportato in fig. 2. Fondamentale per l'efficacia della profilassi è comunque la tempestività: il tempo ottimale come detto sopra, è due ore dall'esposizione; tuttavia può essere praticata entro 24 ore, limite da estendere alle 72 ore nei casi in cui il rischio di contagio appaia particolarmente severo. In caso si debba iniziare la somministrazione negli orari di chiusura della UO AIDS, la dose di farmaci necessaria a coprire il fabbisogno iniziale verrà data in Pronto Soccorso, mentre il Centro AIDS provvederà a proseguire la somministrazione, e ad eseguire il follow-up clinico e laboratoristico per il periodo previsto.

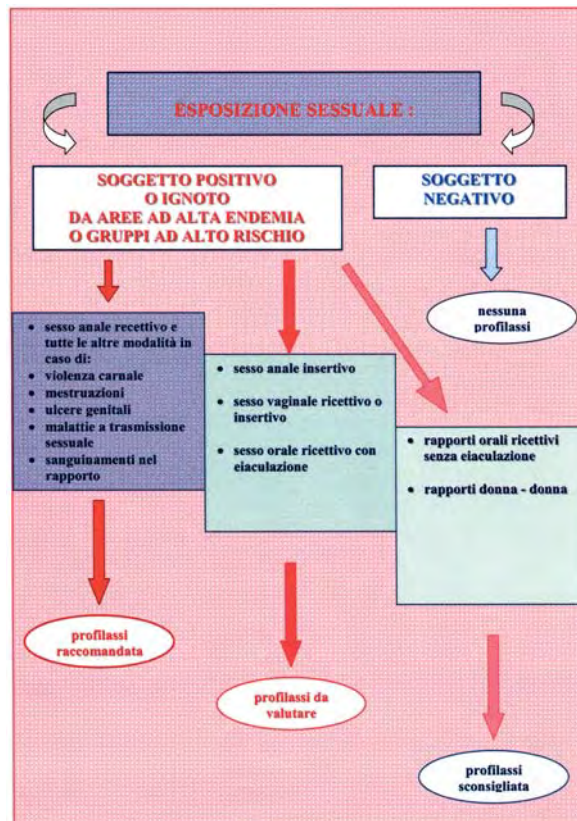


figura 2 profilassi HIV

## BIBLIOGRAFIA

\* Vania Lauro - Sospetti abusi sessuali : che fare? - Gyneco AOGOI N6 2000

\* OMS - Aide- memoire N 239 2000- La violenza sulle donne - Ginecorama N 1/2 Gennaio-Febbraio 2001

\* Heise I et al. - Ending violence against women. Population report, Series L, N 11 dic. 1999

\* G. Marellò - La Legislazione italiana in tema di violenza sessuale-La colposcopia in Italia - N 1 Dic. 1998

\* Muram D Classification in genital findings in prepuberal girls who are victims of sexual abuse- Adolesc Pediatr Gynecol 1998:1:151-152

\* Talamanca IF La violenza contro le donne Rapporto 1999 Ediesse 1999; pp.113 1292

\* McGrath ME et al. A prevalent survey of abuse and screening for abuse in urgent care patients. Obstet Gynecol 1998;91:511-514

\* Terragni L Su un corpo di donna Edizione Franco Angeli 1997

\* Adami C Basaglia A Bimbi F Tola V Libertà femminile e violenza sulle donne Edizione Franco Angeli 2000

\* Donadio S Arduino S La visita ginecologica dopo violenza sessuale . Centro SVS Torino

\* Pastore G Modello organizzativo del centro di Soccorso Violenza Sessuale e integrazione con gli altri servizi ospedalieri e territoriali Consultorio ASL 3 Torino

\* Forno P Prima e dopo il referto: il ruolo del magistrato- Procura della Repubblica di Torino

\* Indagine ISTAT "Sicurezza dei cittadini", dicembre 2004.

## Nuovi modelli organizzativi “Week and Day Surgery”

### Riassunto

La continua evoluzione del sistema ospedaliero tende a proporre nuovi modelli organizzativi finalizzati all'ottimizzazione delle risorse e alla soddisfazione dell'utente.

La diversificazione dei percorsi clinico-assistenziali in ambito chirurgico ha determinato la nascita di reparti di day surgery, autonomi ed indipendenti, dedicati alla cura di patologie a bassa complessità.

La week and day surgery è un ulteriore modello organizzativo, sperimentato nella nostra realtà, che si pone a ponte tra il reparto tradizionale, sempre più rivolto all'High Care e la chirurgia ambulatoriale.

La flessibilità operativa del week and day surgery condiziona e garantisce il successo di questo modello organizzativo, che comunque deve essere correttamente, e costantemente, governato.

### Summary

*The continuous development of hospital system aim to propose new organizational patterns for improvement resources and for customer satisfaction.*

*The distinction of clinical pathways in surgical ambit has produced the birth of autonomous and independent day surgery departments, dedicated to treatment of low care pathologies.*

*The week and day surgery department is further organizational pattern tested in our reality, that straddle between traditional department, more and more high-care, and surgical out-patients department.*

*The operative flexibility of week and day surgery conditions and assures the success of this organizational pattern, that, anyhow, must be rightly planned and governed.*

**L. Nardi\***, **L. Di Stefano\***, **G. Carello\***, **R. Colombai\***, **F. Costa°**,  
**L. Leoncini°**

\* Direzione Sanitaria Ospedaliera - Azienda U.S.L. 11 di Empoli Regione Toscana

° Chirurgia “Week and Day Surgery” Ospedale di Castelfiorentino - Azienda U.S.L. 11 di Empoli Regione Toscana

La riorganizzazione del sistema ospedaliero, in atto già da qualche anno, spinge alla creazione di ospedali organizzati per intensità di cura.

Al contempo, la contrazione, sempre più spinta, dei posti letto, dettata da motivi economici indirizza verso ospedali sempre più votati all'High-Care. Tale processo,

peraltro irreversibile, determina il ridimensionamento, se non la chiusura, degli ospedali periferici, che sempre più spesso vengono trasformati in strutture di ricovero, quali il country hospital e l'hospice, satelliti ed ancillari rispetto all'ospedale propriamente inteso.

Di pari passo però si vanno sperimentando, nei piccoli ospedali in via di dismissione, soluzioni/ricon-

versioni, alternative, economicamente e qualitativamente vantaggiose.

### PREMESSA

La nostra esperienza nasce dalla necessità di ricondurre in un unico nuovo stabilimento ospedaliero, i reparti e le attività sanitarie attualmente distribuite su quattro distinti stabilimenti ospedalieri.

Il nuovo ospedale, in fase di ultimazione, risponde ai moderni dettami sanitari in tema di High-Care:

- organizzazione dipartimentale per intensità di cure;
- alta tecnologia;
- pochi posti letto.

Tale struttura, pur tecnologicamente avanzata, non è, e non sarà, in grado di soddisfare tutte le esigenze della popolazione residente che viceversa potranno essere soddisfatte utilizzando qualche struttura ospedaliera esistente, debitamente riconvertita.

Partendo da questi presupposti abbiamo elaborato un progetto che porterà la nostra azienda a diversificare l'offerta sanitaria degli stabilimenti ospedalieri preservando il nuovo complesso High-Care da inutili zavorre operative, quali i ricoveri per prestazioni a bassa complessità clinica, erogabili in modo migliore, con minor disagio dei cittadini, e a minor costo, in altre strutture del sistema, in stretto collegamento sinergico rispetto all'ospedale High-Care.

### LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Nel futuro ospedale High-Care è prevista un'unica struttura dipartimentale chirurgica multidisciplinaria.



**PAROLE CHIAVE:**

Week and day surgery; percorsi clinico assistenziali

**KEY WORDS:**

Week and day surgery; clinical pathway

re, organizzata per intensità di cure e non per singole discipline; al contempo è prevista, in un'altra struttura ospedaliera, satellite rispetto all'ospedale High-Care, un week and day surgery, anch'esso multidisciplinare; ed infine, in una terza struttura, autonoma, è prevista la chirurgia ambulatoriale, sempre multidisciplinare.

La netta separazione delle strutture dovrebbe garantire, di per se, una altrettanto netta separazione dei pazienti e dei relativi percorsi. Sarà comunque necessaria una precisa individuazione delle casistiche ed un attento governo del processo, onde evitare dannose sovrapposizioni (overlapping) nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Il cammino di avvicinamento a questo modello è iniziato da qualche anno; l'obiettivo intermedio che ci eravamo posti era quello di mettere in pratica i modelli teorici ipotizzati, in modo da misurarli nella realtà, sulle nostre professionalità esistenti.

Già da tre anni abbiamo attivato una struttura di chirurgia ambulatoriale multidisciplinare, autonoma ed indipendente rispetto alle rispettive UU.OO. di appartenenza, dove convivono in una gestione organizzata ed unitaria, coordinata direttamente dalla direzione sanitaria ospedaliera, specialistiche diverse quali: dermatologia, ortopedia, chirurgia, urologia, ginecologia e terapia antalgica.

Più recente, secondo semestre 2004, è invece l'attivazione del week and day surgery, per ora limitato alle sole discipline di Chirurgia Generale, ORL e Ortopedia, dove vengono ricoverati i pazienti sottoposti ad interventi chirurgici in regi-

me di day surgery, one day surgery e ricovero ordinario (a degenza breve). Tale servizio, adeguatamente organizzato ed utilizzato, potrà e dovrà, garantire il successo a tutto il progetto.

## WEEK AND DAY SURGERY

Il servizio di week and day surgery, si caratterizza per la multidisciplinarietà, deve infatti trattare pazienti afferenti dalle diverse specialistiche quali: chirurgia, ortopedia, urologia e ginecologia, articolando il suo funzionamento su 5 giorni la settimana e per non meno di 250 giorni all'anno.

Al reparto multidisciplinare fanno capo le seguenti attività centralizzate:

- Preospedalizzazione, valutazione preoperatoria: visita anestesiologicala, ECG, prelievi, raccolta del consenso informato.
- Programmazione dell'intervento.
- Accoglienza del paziente il giorno dell'intervento, e preparazione preoperatoria.
- Monitoraggio post-operatorio, somministrazione terapeutica e controllo del dolore post-operatorio.
- Accertamento della dimissibilità secondo protocolli specifici e differenziati per paziente e per patologia.
- Informazione del paziente sul post-operatorio, istruzione ai familiari.

Le attività operatorie si svolgono nel blocco operatorio centralizzato secondo una precisa programmazione settimanale.

I letti del reparto di degenza sono utilizzati, a rotazione, dalle diverse discipline chirurgiche secondo calendari preordinati, che ne con-

sentono il pieno utilizzo nel corso della settimana.

Il corretto funzionamento del reparto Week and Day Surgery presuppone infatti un'attenta programmazione dell'attività ordinaria e della tipologia degli interventi chirurgici in base al giorno della settimana. Gli interventi che prevedono una degenza postoperatoria maggiore (3-4 giorni) devono essere, ovviamente, programmati nelle sedute operatorie dei primi giorni della settimana, mentre negli altri giorni, di norma, sono praticate le altre forme di piccola/media chirurgia

La struttura operativa così individuata deve essere dotata di collegamenti funzionali ed organizzativi con le strutture a ricovero ordinario.

Devono infatti essere formalizzati specifici accordi con le Unità Operative di riferimento nell'ambito dei quali risultino specificate:

- la possibilità di accogliere il paziente con eventuali complicanze che rendono necessario il ricovero ordinario;
- le modalità operative definite per garantire la copertura assistenziale specialistica nell'arco delle 24 ore;
- le modalità di trasferimento delle informazioni cliniche relative al paziente trasferito per complicanze;
- la condivisione dei percorsi clinico-assistenziali.

Il successo del servizio di Week and Day Surgery non può prescindere dalla collaborazione di tutto il personale coinvolto che, debitamente motivato, deve conoscere, e condividere, le finalità dell'organizzazione della struttura nella quale il programma è avviato

## OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

**Soddisfazione Consumatori** - Abbattimento liste e riduzione dei tempi di attesa, liste certe e date sicure (non influenzabili da urgenze e/o patologie neoplastiche).

**Soddisfazione Operatori** - Riorrganizzazione dell'attività e dei turni di lavoro su 5 giorni, adesione del personale su base volontaria (personale motivato e soddisfatto).

**Soddisfazione degli Amministratori** - Aumento della performance e migliori risultati in termini quantitativi dovuti alla standardizzazione degli interventi e all'ottimizzazione dei tempi operatori.

**Razionalizzazione dei percorsi assistenziali** - Riduzione/eliminazione, della casistica "low care" dai reparti "high care".

L'attivazione di un servizio autonomo di Week and Day Surgery, comporta maggiori costi iniziali dovuti alla creazione di una nuova struttura (personale dedicato, sale operatorie ed attrezzature dedicate, reparto dedicato, ecc.) ma garantisce economie, di scala, nella gestione delle attività.

Tali economie gestionali si evidenziano:

- ☛ sui servizi alberghieri dove la Week and Day Surgery non può che produrre effetti positivi per la riduzione del numero dei ricoverati in ogni fine settimana, accompagnata dalla riduzione dei costi per generi alimentari, guardaroba, utenze varie come energia elettrica, riscaldamento etc. quale riflesso della chiusura del reparto;
- ☛ sui servizi sanitari ove l'impatto risulta favorevole per la notevole riduzione delle richieste di prestazioni intermedie con positivi riflessi sui costi;
- ☛ sui costi del personale, infatti l'impatto maggiore per il considerevole risparmio economico

risulta, comunque, quello dovuto alla riduzione dei costi per il personale per la chiusura del reparto ad ogni week end.

## WEEK AND DAY SURGERY - LA NOSTRA ESPERIENZA

Le condizioni per l'attivazione del progetto di riorganizzazione dell'attività chirurgica hanno previsto, nella nostra realtà, la realizzazione di un reparto di degenza chirurgica multidisciplinare dotato di 22 p.l. (di cui 6 posti letto di Day Surgery e 16 posti letto di Week Surgery), ripartiti nella seguente tipologia di camere:

- ☛ 2 camere da 3 posti letto (in testa al reparto adibite alla Day Surgery);
- ☛ 2 camere a 2 posti letto;
- ☛ 3 camere a 4 posti letto.

L'attività del servizio si espleta su cinque giorni la settimana, dalle ore 7 del lunedì alle ore 20 del venerdì, per dieci mesi all'anno (chiusure programmate tutto il mese di agosto, 20 giorni nel periodo natalizio e 10 giorni nel periodo pasquale).

Attualmente lo Week and Day Surgery comprende tre specialistiche: Chirurgia Generale, Otorinolaringoiatria e Ortopedia, le cui tipologie di interventi sono orientativamente così individuate:

- ☛ Chirurgia generale
  - ernioplastiche
  - varicectomie
  - interventi di proctologia
  - videolaparocolecistectomie
- ☛ Otorinolaringoiatria
  - adenoidectomie
  - tonsillectomie

- turbino-setto-rinoplastiche
- fratture nasali
- tiroidectomie
- ☛ Ortopedia
  - artroscopie ginocchio
  - alluce valgo
  - dita a martello
  - rimozione mezzi di sintesi

L'attuale articolazione settimanale delle sedute operatorie prevede: (vedere tab. sotto)

Il prossimo anno, con l'attivazione del nuovo ospedale High-Care, si provvederà ad una ulteriore diversificazione delle discipline, prevedendo l'effettuazione, sempre in regime di Week and Day Surgery, anche di interventi di ginecologia ed urologia.

### Assistenza Medica

Le singole discipline specialistiche garantiscono la presenza medica, mattutina e pomeridiana, sulla base della programmazione settimanale delle sedute operatorie. La Guardia medica interdivisionale notturna viene assicurata dal personale medico afferente alla Chirurgia Generale; essa viene integrata con turni di pronta disponibilità, a livello aziendale, di un ulteriore chirurgo; di un medico ORL e di un medico Ortopedico. Oltre alla pronta disponibilità del personale medico è prevista anche la pronta disponibilità del personale infermieristico di sala in modo da sopperire alle eventuali urgenze su pazienti operati.

### Assistenza infermieristica

In considerazione della casistica operatoria trattata, che lascia prevedere una media complessità as-

DISTRIBUZIONE DELLE SEDUTE OPERATORIE

Giorno	Letti operatori / specialità nella mattina		Letti operatori / specialità nel pomeriggio		Numero di interventi	Unità mediche di anestesia e rianimazione		
	Letti operatori	Specialità	Letti operatori	Specialità		Mattina	Pomeriggio	Ambulatori
Lunedì	2	Chirurgia	1	Chirurgia	10	2	1	1
Martedì	2	Otorino	1	Otorino	10 + 5	2	1	1
Mercoledì	2	Chirurgia	1	Chirurgia	12	2	1	1
Giovedì	2	Otorino	1	Ortopedia	10 + 5	2	1	1
Venerdì	1	Chirurgia			4	1	1	1



sistenziale infermieristica ed un'elevata complessità organizzativa, il reparto è stato dotato di 8 unità infermieristiche che garantiscono: l'attività di reparto dal lunedì al venerdì; la pre-ospedalizzazione dal martedì al venerdì e gli ambulatori di prima medicazione. Tali unità sono coadiuvate da personale di supporto: un Operatore Socio Sanitario (OSS) e un ausiliario. E' inoltre prevista la funzione di coordinamento.

## FLESSIBILITÀ DEI MODELLI ORGANIZZATIVI - WEEK SURGERY O DAY SURGERY?

La Week Surgery è una tipologia di ricovero che, rispetto alla Day Surgery, garantisce una maggiore flessibilità, copre le eventuali necessità di ricovero, liberando il reparto di degenza ordinaria da vincoli di riserva posti e da sottrazioni di posti letto dedicati alle urgenze. Inoltre, la Week Surgery, rispetto alla Day Surgery, permette di ampliare la tipologia dei pazienti da trattare, consentendo di operare anche i pazienti maggior carico assistenziale o maggior instabilità (ASA 3 stabilizzati); i pazienti residenti lontano dall'ospedale; i pazienti sprovvisti di familiari collaboranti; i pazienti anziani, ecc. evitando che gli stessi afferiscano, impropriamente, al reparto High-Care di degenza ordinaria. Infine la Week Surgery, rispetto al-

la Day Surgery, offre il vantaggio di una maggiore produttività, in quanto: mentre nella Day Surgery pure le sale operatorie vengono utilizzate esclusivamente dalle ore 8.00 alle ore 13.00 per 5 gg lavorativi (25 ore di sala); nella Week Surgery c'è la possibilità/opportunità di utilizzare le sale dalle ore 8.00 alle ore 18.00, per quattro giorni lavorativi, e dalle ore 8.00 alle ore 13.00 il venerdì, per un totale di 45 ore di sala.

## CONSIDERAZIONI FINALI

I servizi di Week and Day Surgery multidisciplinari ed autonomi possono rappresentare l'opportunità di una evoluzione/riconversione per

i piccoli ospedali; rispondendo, nell'ambito di un sistema di rete ospedaliera, ai principi di diversificazione dell'offerta; garantendo l'appropriatezza dei regimi assistenziali e, non ultimo, recuperando l'efficienza delle strutture.

Alla luce di quanto descritto riteniamo infatti che il progetto di Week and Day Surgery, da noi adottato, abbia rappresentato non tanto un ridimensionamento della struttura sanitaria, quanto l'opportunità di una riqualificazione che, attraverso una nuova modalità organizzativa economicamente e qualitativamente vantaggiosa, garantisce una precisa collocazione, della struttura stessa, all'interno del sistema ospedaliero aziendale e regionale.

### DEFINIZIONI

**Day Surgery** - Con il termine Day Surgery si intende la possibilità clinica ed organizzativa di eseguire interventi chirurgici e procedure diagnostico-terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero diurno in anestesia locale, loco-regionale e generale.

**One Day Surgery (One day Hospital)** - Prevede l'effettuazione di interventi chirurgici e procedure diagnostico-terapeutiche invasive o seminvasive praticate in regime di ricovero con il pernottamento successivo all'intervento e la dimissione del paziente nelle prime ore della mattinata.

**Week Surgery (Week Hospital)** - Con il termine di Week Surgery si intende la modalità organizzativa di una struttura di degenza operante, per i ricoveri ordinari, per 5 giorni la settimana.

## BIBLIOGRAFIA

\* *Principi guida Tecnici, Organizzativi e Gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza: Supplementi di Monitor - Bimestrale per i servizi sanitari regionali*

\* *Quaranta F., Quaranta M. (2003): Legislazione e normativa di day surgery, Rivista SICADS, Day surgery, vol. 2, n. 1, Milano*

\* *Dragoni I., Oliveri L., Basile N (2004): La day surgery nell'organizzazione dei servizi, Mondo Sanitario 7-8/2004*

\* *Lavagna R., Oliveri L., Lofiego F. (2004): La gestione in outsourcing della day surgery ospedaliera presso una unità privata autonoma, Mondo Sanitario 5-6/2004.*

### APPROPRIATEZZA DEL REGIME DI RICOVERO

	Basso Carico Assistenziale	Medio Carico Assistenziale	Elevato Carico Asssistenziale
Bassa Complessità Chirurgica	Day Surgery	Day Surgery o Week Surgery	Degenza Ordinaria
Media Complessità Chirurgica	Week Surgery	Week Surgery o Degenza Ordinaria	Degenza Ordinaria
Elevata Complessità Chirurgica	Week Surgery	Degenza Ordinaria	Degenza High Care Terapia Intensiva

# Reprocessing e disinfezione in endoscopia

## Riassunto

Negli ultimi decenni, contemporaneamente al notevole sviluppo delle metodiche endoscopiche, è aumentata l'attenzione alle infezioni veicolate dagli strumenti endoscopici. La letteratura segnala diversi focolai o casi sporadici di infezione correlati alle indagini endoscopiche; in molti di questi episodi la trasmissione dell'infezione è dovuta ad un non corretto riprocessamento degli strumenti endoscopici stessi o dei loro accessori. Per i processi di detersione e disinfezione degli strumenti endoscopici diverse Società Internazionali hanno elaborato delle Linee Guida fondate sull'evidenze scientifiche.

## Summary

*In the last decades, contemporarily to the considerable development of the endoscopic methods, the attention to the infections transmitted by the endoscopic instruments raised. Literature reports several centres of infections, or single cases, of infection correlated with the endoscopic investigations; in many of these episodes the transmission of the infection is due to uncorrect reprocessing of the endoscopic instruments or of their accessories. Several International Societies developed Guidelines, based on scientific evidence, for the processes of detersion and disinfection of endoscopic instruments.*

**T. Morelli\***, **G. Sticca<sup>o</sup>**, **A.M. Mucci\***, **M. Galante\***, **A. Abbonizio\***, **E. Franceschini\***, **F. Giancristofaro\***, **M. Martino\***.

\* ASL Lanciano-Vasto; <sup>o</sup> Università Cattolica Del Sacro Cuore Campobasso.

L'augmentata diffusione di interventi diagnostico-terapeutici eseguiti con le nuove tecniche endoscopiche sta evidenziando il problema della possibile trasmissione di agenti infettivi nel corso di dette manovre.

In letteratura non mancano segnalazioni di focolai epidemici o di casi sporadici di infezione legati all'effettuazione di indagini endoscopiche. Segnalazioni che sono in numero probabilmente inferiore al reale a causa del fatto che la diagnosi di una infezione

secondaria è difficilmente collegabile ad un uso scorretto degli endoscopi, soprattutto per l'elevato numero di pazienti in regime ambulatoriale. Lo sviluppo tecnologico ha prodotto accessori (o monouso o riutilizzabili) e strumenti sempre più versatili e complessi (per lo più riutilizzabili).

La complessità dei meccanismi e la delicatezza dei componenti pone dei limiti fortemente vincolanti per il loro ricondizionamento da parte degli Operatori Sanitari, e quindi comporta non pochi problemi per la sicurezza degli Uten-

ti. I pazienti ed il personale operante in sala endoscopica sono soggetti a due diversi rischi: infettivo (rischio biologico) e tossico (rischio chimico) per l'esposizione ad agenti biologici infettanti e a sostanze chimiche disinfettanti; è pertanto necessario adottare scrupolose misure preventive, attenendosi anche a quanto richiesto dalle norme vigenti in materia di protezione (D.Leg. 626/94 e successive modificazioni ed integrazioni). Il ricondizionamento endoscopia deve:

- impedire, nei pazienti sottoposti alle procedure endoscopiche, l'insorgenza di infezioni causate dalla trasmissione dei microrganismi tra paziente e paziente oppure dovute alla contaminazione ambientale del materiale trattato;
- impedire le false positività dei prelievi a causa della contaminazione dei campioni microbiologici (pseudo-infezioni);
- assicurare un'ottimale manutenzione dello strumentario;
- assicurare una valida protezione degli operatori addetti alla pulizia degli strumenti per il rischio derivante dall'esposizione professionale sia a sostanze tossiche sia a materiale infetto.

Il D.L. 46/97 definisce gli endoscopi e gli accessori che vengono utilizzati per il funzionamento o a completamento degli stessi rispettivamente, dispositivi medici e accessori di dispositivi medici. e recita che "(...) i dispositivi forniti allo stato sterile devono essere fabbricati e sterilizzati con un metodo convalidato e appropriato (...)". Inoltre stabilisce che tutti i dispositivi devono essere corredati del libretto di istruzione che indica quali sono



**PAROLE CHIAVE:**

Endoscopia, disinfezione, ricondizionamento

**KEY WORDS:***Endoscopy, disinfection, reprocessing*

i sistemi di trattamento (disinfezione/sterilizzazione) e le sostanze chimiche, comprese i detergenti, che sono compatibili con gli strumenti ed i relativi accessori a garanzia di un trattamento adeguato anche da parte dell'Operatore Sanitario addetto al ripristino dell'utilizzabilità dello strumento stesso per il paziente successivo.

Nelle fasi del processo di alta disinfezione non sono previsti a tutt'oggi il rispetto di parametri di riferimento chiari e definiti, pertanto è importante sensibilizzare maggiormente l'applicazione delle linee guida come strumenti di riferimento che però vanno adattate alle singole realtà organizzative do-

ve gli aspetti pratici e le problematiche della quotidianità possono renderne ardua la loro globale applicazione.

Nella tab.I sono indicate alcune Associazioni ed Organizzazioni Professionali di settore che hanno elaborato Raccomandazioni o Linee Guida allo scopo di definire comportamenti condivisi ed applicabili dedotti dalla revisione della letteratura e con validità scientifica. In particolare l'ASGE, l'ACG e la SHEA hanno elaborato Linee Guida multisocietarie per la disinfezione degli endoscopi flessibili che sono il frutto di un panel di consenso con la collaborazione di agenzie federali statunitensi, società

scientifiche di professionisti di settore, produttori di endoscopi e di sistemi di disinfezione. In esse vengono identificate 34 indicazioni classificate secondo 5 livelli di "intensità di raccomandazione" (IA, IB, IC, II, assenza di raccomandazioni) che ne sottolineano il grado di evidenza scientifica (tab II).

Da una revisione delle Linee Guida/Raccomandazioni indicate nella tab.I si evidenzia che i punti cardine per il reprocessing degli endoscopi sono:

- la pulizia degli strumenti;
- la scelta del disinfettante;
- gli standard minimi richiesti (disinfezione ad alto livello e sterilizzazione) quali:
  - per gli endoscopi (strumenti semicritici) la disinfezione di alto livello; (IA-IB);
  - per gli accessori (pinze bioptiche) (strumenti critici) la sterilizzazione; (IA-IB);
- la scansione temporale:
  - all'inizio della seduta (se il materiale non è già in confezione sterile);

**TAB.I LINEE GUIDA/RACCOMANDAZIONI: DETERSINE-DISINFEZIONE ENDOSCOPI**

Linee Guida/Raccomandazioni	Società/Ente	Paese	Anno
Detersione, disinf., steriliz. in endoscopia	ANOTE	Italia	1998
Pulizia e disinfezione in endoscopia G.I.	ESGE	Europa	1999
Linee guida per il controllo Infezioni in G.I.	ASGE	USA	1999
Procedure pulizia e disinf. in E.D.	Société Francaise E.D.	Francia	2000
Racc.ni pratiche per uso e cura di endoscopi	APIC	USA	2000
Endoscopia Chir - Guida alle Buone Pratiche	CLIN Paris-nord	Francia	2000
Controllo infezioni in endoscopia	Gastr.Society	Australia	2000
Racc.ni pratiche per uso e cura di endoscopi	AORN	USA	2002
Linee guida per disinf.ne alto livello e steriliz.ne. in G.I.	SGNA	Canada	2003
Linee guida per la decontaminazione in G.I. end.	BSG	Inghilterra	2003
Note tecniche sulla pulizia e sulla disinfezione	ESGE/ESGENA	Europa	2003
Linee guida multisocietarie per il riprocessamento degli end. flessib. gastr.	ASGE/ACG/ SHEA	USA	2003

- fra due esami/interventi endoscopici consecutivi;
- alla fine della seduta.
- le fasi della procedura:
  1. decontaminazione/prelavaggio;
  2. controllo della tenuta e delle ottiche;
  3. pulizia, detersione, risciacquo;
  4. asciugatura (non se segue sterilizzazione a calore umido);
  5. disinfezione alto livello/sterilizzazione;
  6. risciacquo e asciugatura (dopo disinfezione);
  7. stoccaggio.

## FASI DI RIPROCESSAMENTO E ALCUNE RACCOMANDAZIONI CON CORRELATA VALIDITÀ SCIENTIFICA

Il riprocessamento degli endoscopi per essere efficace va eseguito rispettando una sequenza di fasi costanti prestabilite comprendenti l'applicazione di raccomandazioni di diversa validità scientifica.

### 1a. DECONTAMINAZIONE

- Gli accessori ed endoscopi critici vanno immersi, immediatamente dopo l'uso in una soluzione disinfettante efficace contro HIV e compatibile con il materiale da riprocessare.

### 1b. PRELAVAGGIO

- I residui organici che potrebbero essere rimasti sull'estremità distale dello strumento, all'interno del canale operativo, nelle valvole e negli accessori devono essere rimossi;
- Un'abbondante quantità di soluzione di lavaggio va aspirata attraverso il canale operativo.

### 2. CONTROLLO DELLA TENUTA E VERIFICA DELLE OTTICHE

Prima di procedere con ulteriori operazioni di pulizia è necessario verificare che lo strumento non abbia subito danni durante l'utilizzo (IA-IB) effettuando:

**TAB.II LIVELLI DI INTENSITÀ DELLE RACCOMANDAZIONI**

categoria	Grado di intensità della raccomandazione
IA	Fortemente raccomandata per l'implementazione e fortemente supportata da ben progettati studi sperimentali, clinici o epidemiologici
IB	Fortemente raccomandata per l'implementazione e supportata da alcuni studi sperimentali, clinici o epidemiologici e da un forte razionale teorico
IC	Richiesta da regolamenti statali o federali
II	Raccomandata per l'implementazione e supportata da studi clinici o epidemiologici, o da un razionale teorico, che la suggeriscono
Non raccomandata	Questione non risolta. Pratiche a supporto delle quali le evidenze sono insufficienti, o per le quali non esiste alcun consenso riguardo all'efficacia

- Controllo della tenuta degli endoscopi

La verifica si effettua con il tester montato sull'apposita valvola mentre lo strumento è ancora immerso nel liquido detergente. La formazione di bolle nel liquido di lavaggio indica rottura.

- Controllo delle ottiche degli endoscopi

Si controlla l'efficienza luminosa degli endoscopi, tenendo l'estremità distale in una fonte di luce: eventuali fibre rotte appaiono come dei punti neri (l'efficienza luminosa non è da ritenersi più sufficiente a partire dal 30% di fibre rotte). Un campo visivo macchiato od offuscato può essere provocato da patine (di materiale biologico o di residui di disinfettante).

### 3. PULIZIA E DETERSIONE

- Tutti gli strumenti e gli accessori riutilizzabili, prima della disinfezione o della sterilizzazione, vanno smontati, puliti, detersi e sciacquati.(IA-IB).
- Tali operazioni devono essere accurate ed eseguite sempre e solo manualmente poiché occorre rimuovere tutti i residui organici: la presenza di materiale organico potrebbe infatti impedire al disinfettante di elimi-

nare tutti i microrganismi annidati nei residui o da essi nascosti. queste operazioni sono essenziali per evitare la formazione di biofilm batterico negli anfratti e sulle guaine degli strumenti.

- La pulizia di ciascuno strumento deve essere eseguita con degli spazzolini e scovolini monouso o sterilizzati dopo ogni uso.(II)
- La detersione deve essere eseguita utilizzando un detergente (da rinnovare dopo ogni utilizzo) (I A-IB) neutro, enzimatico e non schiumogeno.

### 4. ASCIUGATURA

- Dopo la pulizia manuale e la detersione, tutto il materiale deve essere perfettamente asciugato (ad es. con ossigeno o aria compressa medica a bassa pressione). È un passaggio importante, per esempio : - nella disinfezione manuale, per evitare la diluizione del disinfettante; - nella sterilizzazione termica in autoclave, per permettere al calore di raggiungere la superficie dello strumento; - nella sterilizzazione con Gas-Plasma di Perossido di Idrogeno, per permettere alle particelle reattive di raggiungere la superficie dello strumento.



## 5. ALTA DISINFEZIONE/STERILIZZAZIONE (I A-IB)

- La scelta del disinfettante/sterilizzante deve essere compatibile con l'endoscopio.
- L'uso del disinfettante ad alto livello/sterilizzante deve essere approvato dall'FDA.
- Gli accessori riutilizzabili che interrompono la barriera mucosa vanno sterilizzati.
- E' importante testare di routine la MEC del disinfettante e documentare i risultati e se la concentrazione è più bassa sostituire il disinfettante.
- eliminare il disinfettante al termine della sua "vita" ricordando che se si aggiunge dell'altro disinfettante la "vita" del disinfettante è relativa alla prima attivazione.

### 5a. ALTA DISINFEZIONE MANUALE

- Lo strumento e le parti smontate devono essere immersi totalmente nella bacinella contenente il disinfettante e dotata di un idoneo sistema di chiusura. (I A-IB)
- Con una siringa, si deve far circolare nel canale operativo la soluzione in modo da espellere tutta l'aria e l'acqua eventualmente contenute, favorendo il contatto del disinfettante con tutte le superfici sia interne che esterne dello strumento.
- Gli operatori devono obbligatoriamente indossare i DPI previsti (D.Leg 626/94): guanti di gomma, mascherina con filtro al carbone attivo se si utilizza glutaraldeide oppure ortoftalaldeide, che devono comunque essere usate sotto cappa aspirante (DPR 547/55, DPR 303/56, DLGS 626/94).

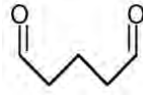
### 5b. ALTA DISINFEZIONE MEDIANTE LAVAENDOSCOPI

L'utilizzo dei lavaendoscopi sono preferibili alla procedura manuale in quanto garantiscono di avere sottoposto gli strumenti a cicli standardizzati, controllati e validati riguardo alla temperatura, ai tempi di contatto con le soluzioni di dis-

Tab III COMPARAZIONE DEI PRODOTTI PER LA DISINFEZIONE/STERILIZZAZIONE DEGLI ENDOSCOPI

#### PRODOTTO

Glutaraldeide 2%



#### PRINCIPALI VANTAGGI E AVVERTENZE

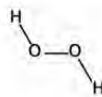
Ottima efficacia. Il tempo di contatto minimo con tutte le superfici interne ed esterne dell'endoscopio deve essere a 20° di 20 minuti.

Le soluzioni alcaline devono essere attivate e per dono efficacia con ripetuti impieghi e con il tempo. La diluizione in uso non deve superare il 50%.

Le soluzioni acide sono più stabili ma possono risultare più corrosive sui metalli.

La soluzione è irritante e richiede precauzioni per l'uso.

Perossido di idrogeno 6%



Ottima efficacia, non emette esalazioni tossiche. Non utilizzato per gli endoscopi in quanto può danneggiare gomma e plastica e corrode rame, zinco e ottone.

Acido peracetico



Ottima efficacia. Approvato dall'FDA.

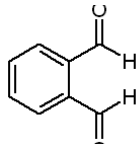
Nella formulazione con anticorrosivo può essere impiegato sugli endoscopi compatibili. Esiste anche un sistema a circuito chiuso (processo automatico Steris system) con il prodotto in cartucce monouso.

Irritante per cute e mucose e per inalazione.

Approvato dall'FDA un prodotto allo 0,08% di acido peracetico + 1% di perossido d'idrogeno. Può essere utilizzato se gli endoscopi sono compatibili.

Acido peracetico + perossido di idrogeno

Ortoftalaldeide 0,55%



Approvato dall'FDA. Attività più rapida della glutaraldeide.

Non richiede attivazione e non emana vapori irritanti.

infettanti e al risciacquo e inoltre con il loro utilizzo si riduce il rischio di esposizione degli operatori alle sostanze tossiche.

## 6. RISCIAQUO E ASCIUGATURA MANUALE

- L'endoscopio dopo l'alta disinfezione va sciacquato e i canali vanno irrigati con acqua sterile per rimuovere il disinfettante. L'acqua di risciacquo dopo ogni ciclo d'uso va scaricata. (I A-IB)
- I canali vanno irrigati con alcol etilico o isopropilico al 70-90% e asciugati con aria compressa. (I A-IB)

## Tabella IV PRODOTTI NON RACCOMANDATI PER LA DISINFEZIONE DEGLI ENDOSCOPI

- antisettici
- ipocloriti
- composti dell'ammonio quaternario
- fenoli

## 7. STOCCAGGIO DEGLI STRUMENTI

Gli strumenti devono essere conservati in luogo asciutto, protetti in appositi armadietti e in posizio-

ne verticale (II), al riparo dal calore e dalla luce solare diretta.

## ERRORI PIÙ FREQUENTI DURANTE IL RIPROCESSAMENTO DEGLI ENDOSCOPI

Dall'analisi della letteratura si rileva che le principali cause di episodi di trasmissione dell'infezione per inadeguata disinfezione degli endoscopi e/o dei relativi accessori sono riferibili a:

- inadeguate operazioni di pulizia e lavaggio dell'endoscopio prima della disinfezione; una pulizia efficiente riduce le cariche batteriche e virali: di 1-2 logaritmi i germi; di 4-5 logaritmi i virus, potenziando pertanto l'efficacia della successiva disinfezione e diminuendo la probabilità di infezione da parte di virus come l'HCV;
- impiego di un disinfettante inefficace o troppo diluito;
- insufficienti tempi di contatto;
- risciacquo finale effettuato con acqua non sterile;
- mancato contatto del disinfettante con tutte le superfici contaminate (specialmente quelle interne) dell'endoscopio;
- omesso ricambio del disinfettante prima del suo decadimento.

## CONCLUSIONE

Si ritiene pertanto importante, per coloro che hanno responsabilità in endoscopia, porre l'attenzione sui punti sopra elencati per elaborare ed adottare nell'ambito delle Unità endoscopiche adeguati protocolli scritti di disinfezione che consentano di prevenire la trasmissione di infezioni da paziente a paziente o da ambiente a paziente. I protocolli devono anche garantire il controllo del processo e la gestione del rischio attraverso:

- la precisa identificazione degli endoscopi pronti all'uso e quelli contaminati (II);
- la registrazione di ogni procedura/paz e il nome dell'endoscopista a supporto di una investigazione (II);
- la segnalazione di infezioni relative agli endoscopi ad enti istituzionali quale per esempio il CIO.

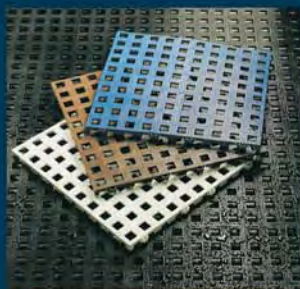
Tutto questo deve essere interpretato non come momento di tensione, poichè associato all'idea di verifica, di esame e di timore di sanzione ma come strumento di trasparenza concreto per la gestione del rischio.

## BIBLIOGRAFIA

\*ESGE/ESGENA. *Technical note on cleaning and disinfection Endoscopy 2003*; 35

\* SHEA/ASGE/ACG. *Multy- society guideline for reprocessing flexible gastrointestinal endoscopes. Gastrointestinal endoscopy.2003*; 58

\*SGNA. *Standars of infection control in reprocessing of flexible gastrointestinal endoscopes. Gastroenterol Nurs 2000*; 23.



## servizi infermeria

■ Box wc e box doccia, piani per lavelli, tappetini antiscivolo per docce, arredi per infermeria. Una gamma completa di attrezzature per le zone di servizio costruite con materiali inossidabili, autoestinguenti ed assolutamente igienizzabili. Garanzia 10 anni.

## spogliatoi

■ Una gamma di elementi di arredo per spogliatoi costruiti con materiali inossidabili di altissima qualità: laminato massello HPL, alluminio anodizzato, acciaio inox, nylon. Patentverwag Italia arreda spogliatoi di strutture ospedaliere, case di cura, centri termali e comunità. Armadietti, panchine, porte, portavalori, sedili per sale d'aspetto. Garanzia 10 anni.



**PATENTVERWAG  
ITALIA**

**Il successo della qualità.**



PATENTVERWAG ITALIA srl Via Germania 10/12 - 20083 Gaggiano (MI)  
Tel. 02 908 41 609 - Fax 02 90 868 00 - E-mail: info@patentverwag.it

Visitate il nostro sito [www.patentverwag.it](http://www.patentverwag.it) Azienda Certificata Iso 9001





cadolto

edifici sistema modulare



Referenze: IEO Istituto Europeo di Oncologia, Milano · USL, Aosta

## > anche soluzioni temporanee in caso di ristrutturazione

trasferire senza demolire

Cadolto ha la risposta alle esigenze tecniche e architettoniche più rigorose. Il sistema modulare Cadolto consente una realizzazione personalizzata non legata ad alcun modello predefinito. La produzione preliminare dei moduli nei nostri stabilimenti garantisce la massima qualità coniugata a una grande rapidità e convenienza.

Scegliete un sistema di costruzione veloce e flessibile. Lasciatevi convincere adesso dal sistema Cadolto.

**realizzazione  
soltanto 6 mesi!**



Cadolto Italia S.r.l.

Via M. Gonzaga, 2  
I-20123 Milano

Tel +39 02 805 64 68  
Fax +39 02 720 00 460

info@cadolto.it

# Nuovi modelli organizzativi di Direzione Sanitaria Aziendale: presentazione dell'esperienza dell'A.O. di Lecco

### Riassunto

L'esperienza dell'Azienda Ospedaliera di Lecco si colloca nel quadro del processo di cambiamento dei modelli organizzativi delle Direzioni sanitarie aziendali e si basa sull'obiettivo di integrazione tra i tre presidi ospedalieri dell'Azienda valorizzando i Dipartimenti e proponendo un nuovo modello di sviluppo culturale, professionale e organizzativo per le Direzioni mediche di Presidio (DMP). Nell'Azienda di Lecco le DMP costituiscono una delle due "linee" (l'altra è il Direttore del SITRA, il Servizio Infermieristico Tecnico e Riabilitativo Aziendale) che fanno capo al Direttore sanitario aziendale (DSA) e si "ricongiungono" nei Dipartimenti sanitari.

Ogni DMP è non solo responsabile di un presidio ma è anche coordinatore di più Dipartimenti; in questo modo le problematiche di una Struttura Complessa vengono affrontate con pari titolarità da almeno due DMP (uno come Direttore di Presidio e uno come Coordinatore di Dipartimento), realizzando una maggior discussione e condivisione nonché un allargamento della base decisionale. Il DSA coordina i DMP attraverso riunioni settimanali e quindicinali in modo che le esperienze e le attività sviluppate dalle tre Direzioni mediche di presidio siano integrate creando sinergie e modalità organizzative comuni e condivise.

In una realtà in cui il conflitto tra i presidi ospedalieri aziendali era alto, è stato importante essere riusciti a far lavorare insieme le figure professionali che già operavano in questo contesto, avviando una metodologia di lavoro che ha avuto come risultato il miglioramento delle performances dei Presidi in termini sia qualitativi che quantitativi

### Summary

*With the changing way of organization of health system management, the experience of a. O. Lecco finds its place because it proposes a new model of cultural, professional and organization development for Hospital medical Superintendents (DMP). DMP and SITRA (Nursing and technicians Department) are the two lines that refer to Trust Medical Superintendent (DSA) and are found inside every health department. Every DMP is not responsible only for one hospital but he coordinates more than one Department, so that the problems are better discussed and shared. During the weekly meetings DMP and DSA discuss about the experiences and the work developed so to verify that the organization model is shared and carried on. In the past there was a marked separation between the three hospitals of A.O. Lecco so it has been very important to obtain that the professionals already engaged put their skills together starting a new way of collaboration that produced better performances.*

**A. Zoli\*, P. Monti\*\*, P. Caltagirone\*\*\***

\*Direzione Sanitaria Aziendale dell'A.O. di Lecco

\*\* Direzione medica di presidio A.O. di Lecco

\*\*\* Direzione Generale dell'A.O. di Lecco

### INTRODUZIONE

Organizzazioni complesse come le Aziende Ospedaliere hanno la necessità di adattare frequentemente e rapidamente i loro assetti organizzativi in base alle esigenze derivanti dal continuo modificarsi di ciò che viene loro richiesto e in particolare in relazione alle sollecitazioni verso una maggiore efficienza ed economicità del sistema.

In questo contesto sia la Direzione Sanitaria Aziendale (DSA) che la Direzione Medica di Presidio (DMP) delle Aziende Ospedaliere hanno assunto negli ultimi anni ruoli e compiti professionali decisamente innovativi. Contemporaneamente si sono sviluppate specifiche discipline che gradualmente sono divenute un preciso termine di riferimento per coloro che si vogliono occupare di management clinico e di clinical governance, e nuove figure professionali in staff alla Direzione Aziendale quali il Responsabile della Qualità, i Controller, i Bioingegneri clinici, gli Ingegneri gestionali ecc.. La situazione attuale rappresenta pertanto una realtà molto diversa e molto più complessa di quella che potevamo trovare 15 anni fa.

Per consentire alla Direzione Sanitaria Aziendale di svolgere al meglio il proprio ruolo di riferimento devono innanzitutto essere definite le funzioni che ad essa afferiscono, valorizzando le competenze professionali dei suoi componenti e incoraggiando l'approfondimento scientifico come migliore approccio per affrontare specifici ambiti di intervento. Occorre definire inoltre le articola-





**PAROLE CHIAVE:** Gestione sanitaria, Politica sanitaria, dipartimento ospediero

**KEY WORDS:** Health management, Health policy, Hospital department

**AZIENDA COMPOSTA DA PIÙ PRESIDII**



**FIG. 1**

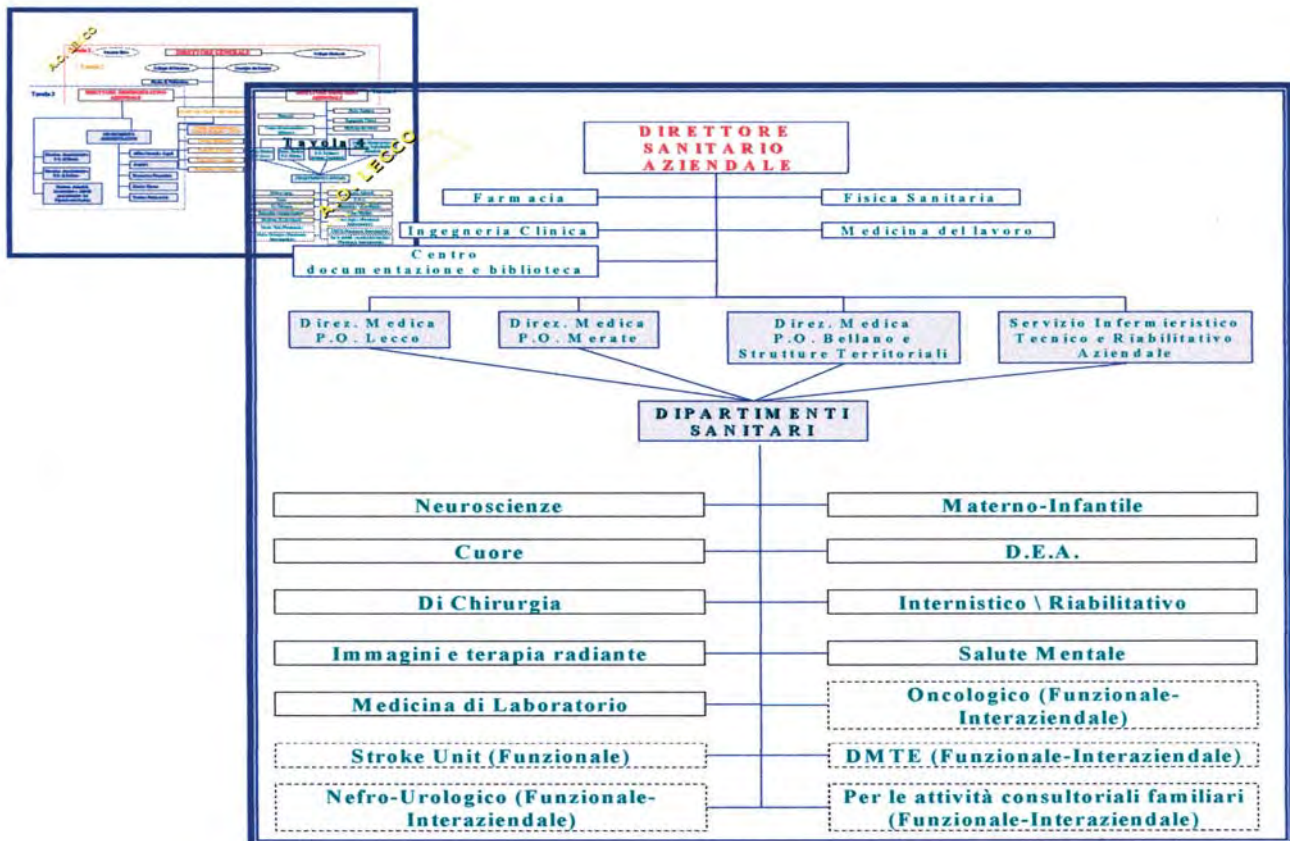
A.O. di Lecco

zioni della stessa Direzione Sanitaria nell'ambito degli organigrammi di ogni Azienda Ospedaliera (Fig. 2) perché risulta evidente, pur nell'ambito di principi ispiratori comuni, che ogni Azienda articola la sua configurazione organizzativa secondo la sua storia, le sue esperienze, le sue peculiarità ed esigenze organizzative che emergono chiaramente dalla lettura degli Atti aziendali (come il P.O.A. in Lombardia) e dei Piani strategici. In questo modo si delinea chiaramente la mission del DSA su scala nazionale e l'importanza della sua equipe per il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

**L'ESPERIENZA DELL'A.O. DI LECCO**

L'A.O. di Lecco è composta da tre Presidi ospedalieri. L'Azienda proveniva, quattro anni or sono, da un'esperienza verticistica dove l'intera Direzione Sanitaria aveva scarso spazio decisionale e limitata autonomia programmatica; i tre Pre-

**FIG. 2**



sidi non avevano tra loro alcuna sinergia e proseguivano in un percorso di netta separazione di obiettivi, organizzazione, metodi, programmi, vivendo in un clima di decisa conflittualità. I Dipartimenti Sanitari erano di tipo verticale, di Presidio, con scarsa attribuzione di responsabilità al Direttore di Dipartimento.

Il primo obiettivo che si è posto la Direzione è stato quello di realizzare il modello dipartimentale trasversale aziendale in forma compiuta con la piena integrazione in rete dei presidi afferenti all'Azienda Ospedaliera stessa (FIG. 1).

Per quanto riguarda la composizione della già citata équipe del Direttore Sanitario Aziendale, l'elemento determinante per il progetto di cambiamento è stata la valutazione preliminare circa la presenza o la reclutabilità di professionisti e la disponibilità al cambiamento e all'impegno, quasi fisico, in quanto la complessità di una impostazione diversa necessitava di un importante accompagnamento nelle fasi iniziali e nelle fasi successive.

Era poi indispensabile delineare con chiarezza il ruolo dello stesso DSA, istituire i Dipartimenti Aziendali trasversali ai Presidi, definendo i compiti e il ruolo dei Direttori dei Dipartimenti sanitari e ridefinire le funzioni dei DMP, utilizzando l'istituzione dei Dipartimenti come un'opportunità e non come un vincolo limitante il contributo e la collocazione dei Direttori Medici di Presidio. La sfida consisteva quindi nel giungere ad una diversa integrazione Aziendale tra i Presidi, valorizzando i Dipartimenti, in un modello che costituisse un'opportunità di sviluppo culturale, organizzativo e professionale per la categoria delle Direzioni Mediche, valorizzando nello stesso tempo il ruolo gerarchico, pur consci della mancanza di una scuola in grado di formare professionisti impegnati nel "sistema" Direzione Sanitaria



con un ruolo nuovo e dovendo pertanto realizzare un'attività di formazione sul campo.

La stesura del P.O.A. ha costituito l'occasione per definire l'intero nuovo modello organizzativo, che ha tenuto conto delle caratteristiche e delle professionalità dei dirigenti medici, ed è stato fondato sulla conoscenza, sulla condivisione e sul consenso; riteniamo infatti che non si debba mai dimenticare l'importanza del fattore umano.

## 1) Ruolo e funzioni del Direttore Sanitario di Azienda

Nell'Azienda Ospedaliera di Lecco, la figura del DSA assume un ruolo ben definito di referente dei processi sanitari aziendali, con ampia autonomia gestionale ed organizzativa a fianco del Direttore Generale ed ampia delega alla conduzione di organismi quali il Collegio di Direzione, il Comitato Budget, la commissione trattante per le Relazioni Sindacali, etc. Ciò è reso possibile dalla solida unità della Direzione, dalla capacità analitica e organizzativa della Direzione Generale, con riconoscimento tuttavia del ruolo e delle competenze del DSA, dalla volontà di affermare una visione culturale "direzione sanitaria cen-

trica", dalla disponibilità alla delega da parte della Direzione Generale e dal presupposto di adattare il modello organizzativo alla lettura di questa realtà e di questi obiettivi piuttosto che dalla volontà di applicare un modello organizzativo altrove riuscito. La riorganizzazione aziendale operata dal DSA, in particolare per quel che concerne la realizzazione del modello dipartimentale nell'intera Azienda, ha consentito un legame più diretto e più forte tra la Direzione Sanitaria e i Direttori di Dipartimento, chiamati a loro volta ad una maggiore assunzione di responsabilità. Dal DSA dipende gerarchicamente

e funzionalmente il Direttore del S.I.T.R.A., il Servizio Infermieristico Tecnico e Riabilitativo Aziendale. Tale scelta ha consentito una prospettiva di lavoro organizzativo più diretta ed efficace, che ha visto la figura del Direttore del S.I.T.R.A. a fianco, e non subordinata, ai DMP. In pratica si sono realizzate due "line", una della dirigenza medica e una del comparto, che fanno capo al DSA e che si "ricongiungono" nei Dipartimenti Sanitari. In conclusione, il DSA, coordinando i DMP e il S.I.T.R.A. governa tutta la linea sanitaria (Fig. 2).

## 2) Ruolo e funzioni dei Direttori Medici di Presidio

Considerata la complessità e la distribuzione territoriale, si è ritenuto necessario assegnare un DMP per ogni Presidio ospedaliero al quale attribuire le responsabilità organizzative, gestionali e igienico-sanitarie.

Accanto alle funzioni tradizionali, individuate da specifiche responsabilità di legge (polizia mortuaria, ecc.), ai DMP sono poi state affidate attività di particolare rilievo organizzativo per il miglioramento delle performances aziendali, con specifico riferimento alle responsabilità gestionali e di coordina-



mento operativo; ad ognuno di essi è stato affidato il ruolo di Coordinatore di un certo numero di attività ed è stata altresì attribuita la responsabilità organizzativo gestionale di specifici processi e funzioni trasversali all'Azienda (es. Fisica Sanitaria, Farmacia Ospedaliera, Ingegneria Clinica, Medicina del Lavoro, etc.); in pratica ogni DMP sovrintende anche ad alcune tecnostrutture in staff alla DSA (area gialla FIG. 3).

Per quanto riguarda il ruolo professionale specifico, le funzioni sono sintetizzabili nelle consuete attività delle Direzioni Mediche, e cioè:

- sorveglianza igienica
- attività di medicina legale
- attività di statistica medica
- attività organizzativa e programmatoria di attività ambulatoriale e del blocco operatorio.

Spesso queste funzioni possono essere delegate ai collaboratori medici dei DMP, trasversalmente o per Presidio (quando d'obbligo per responsabilità di Legge) o essere gestite attraverso progetti specifici che prevedono una sorta di commissariamento per avviarne la riorganizzazione. Il metodo di formazione di gruppi di lavoro sovra-presidio (Comitato Infezioni Ospedaliere, Struttura Qualità, Coordinamento controllo dei servizi esternalizzati), garantisce un approccio univoco ai problemi, una omogeneità aziendale e la crescita di progetti e di know how sempre più comuni alle tre direzioni mediche e più in generale ad operatori di presidi diversi. Per quanto riguarda il ruolo di coordinatore, il compito principale affidato ai DMP è stato quello di facilitare il processo di dipartimentalizzazione nelle fasi di start-up e successivamente di implementazione della gestione e del funzionamento del modello.

Ad ogni direttore, in collaborazione con i dipartimenti a lui affidati, viene chiesto di proporre soluzioni che permettano di utilizzare al meglio le risorse disponibili, di assicurare la congruenza e la conti-



nuità con le linee programmatiche aziendali (atto aziendale), di garantire l'integrazione tra il livello di Presidio e quello Aziendale, di collaborare nella valutazione della domanda e nella organizzazione dell'offerta, di partecipare alla creazione di percorsi diagnostico-terapeutici verificandone anche la loro applicabilità, di fornire l'indirizzo e il supporto sia all'elaborazione delle previsioni e all'individuazione degli indirizzi di budget, ma anche alle strategie innovative che l'Azienda propone, partendo indifferentemente da sollecitazioni top-down o bottom-up. In questo modello pertanto i DMP rappresentano la cerniera tra il middle management, rappresentato dai Direttori di Dipartimento, e il top management, rappresentato dalla Direzione Aziendale, condividendo tuttavia con quest'ultima i progetti di sviluppo aziendali e più in generale il cambiamento. In questo contesto il DSA coordina i DMP, anche attraverso riunioni settimanali o quindicinali, in modo tale che:

- le esperienze e le attività sviluppate dalle tre Direzioni siano integrate creando sinergie e modalità organizzative comuni e condivise
- venga ottimizzata la gestione di alcuni servizi aziendali
- si crei una cultura comune metodologica e di contenuti
- si plasmi un'equipe che lavora in sintonia con la Direzione Aziendale.

Per realizzare quanto sopra non occorre un elevato numero di risorse (oggi 5 strutturati) perché la declinazione di funzioni e responsabilità avviene su tecnostrutture, in staff alla DSA, specifiche per ciascun ambito e rappresentata in strutture complesse e semplici (Medicina del Lavoro, Farmacia Ospedaliera, Ingegneria Clinica, Fisica Sanitaria, etc., area gialla FIG. 3).

## DISCUSSIONE

Le ricadute positive di questa organizzazione devono essere lette innanzitutto a partire dall'ana-



FIG. 3

lisi della situazione di partenza e dell'obiettivo posto; in una realtà in cui il conflitto tra gli ospedali aziendali era alto, è importante essere riusciti a far lavorare assieme le stesse figure professionali, migliorando le performances dei presidi in termini sia qualitativi che quantitativi. Gli elementi di maggior rilievo connessi al modello organizzativo sono:

- l'organizzazione ha creato una certa omogeneità nell'approccio ai problemi, nell'individuazione delle soluzioni organizzative, nell'equità della distribuzione di risorse, nella trasparenza nella gestione delle situazioni critiche. Le esperienze positive di un dipartimento costituiscono un traino e diventano riferimenti esportabili in altri dipartimenti attraverso la funzione unificatrice del DSA e il ruolo del coordinatore di dipartimento (lo stesso Direttore medico di presidio)
- la collocazione funzionale dei DMP al di sopra dei Direttori di Dipartimento consente da un lato di riconoscere, anche economicamente, un ruolo strategico, e dall'altra di avere delle compliance nella spinta propulsiva del nuovo modello organizzativo
- le problematiche di una struttura complessa vengono affrontate con "pari titolarità" da almeno due DMP (uno come direttore di presidio e l'altro come coordinatore di dipartimento); in questo modo vi è una maggior discussione e, pertanto, condivisione nell'individuazione di soluzioni nonché un allargamento della base decisionale.

## CONCLUSIONI

Per la buona riuscita di un qualsiasi progetto, quindi anche per la nostra esperienza, è importante un meccanismo comunicativo chiaro, forte ed univoco al fine di diffondere e permeare il modello organizzativo a tutti i livelli della ca-

tena. Per questo, ma ovviamente non solo per questo, la comunicazione all'interno dell'Azienda deve essere un punto cui prestare particolare attenzione e da sviluppare perché si riesca ad avvicinare gli operatori, a motivarli, ad ottenere il consenso, a cambiare il modello. Anche questo modello organizzativo ha tuttavia dei risvolti problematici, a nostro avviso solo in parte insiti nell'organizzazione stessa; nessuno di questi tuttavia è tale da rendere il modello teoricamente critico od operativamente inefficace:

- l'autonomia delle strutture complesse e delle DMP stesse è limitata rispetto all'individuazione e all'applicazione di soluzioni organizzative, perché ogni soluzione viene valutata in un'ottica aziendale; ciò rende talvolta lenta l'assunzione di alcune decisioni.
- "lo stato di avanzamento" del Dipartimento (in termini di qualità, produttività, omogeneizzazione, condivisione, ecc.) è fortemente dipendente dalla capacità del Direttore di Dipartimento, dalla sua leadership, dallo sforzo comunicativo, dalla propulsione, dalle energie investite, dalle sinergie che si creano ed è meno direttamente influenzabile da parte del DMP e del DSA; pertanto possiamo avere strutture dipartimentali disallineate tra di loro. Anche in questo caso infatti il fattore umano è determinante; l'affiancamento di ognuno di loro tuttavia è sempre in grado di esaltare la figura del DMP, mai di comprimerla.
- I DMP stessi possono costituire un anello debole nella misura in cui "stanno a vedere" e non assumono un atteggiamento propositivo, "tirano i remi in barca" anziché farsi promotori di iniziative di cambiamento. Loro stessi pertanto possono rendere debole il loro ruolo in quanto in teoria il modello disegnato li mette in una si-

tuazione di assoluto privilegio rispetto all'intero sistema.

- I vincoli sulle attività di competenza del DMP assegnati dalla normativa vigente costituiscono un ancoraggio alla scarsa modificabilità di queste funzioni in senso trasversale e pertanto talvolta le due logiche (di presidio e aziendale) sono sostenute a fatica e sono difficilmente comprensibili dagli interlocutori. Possiamo tuttavia affermare che, dopo aver faticato all'inizio, ormai la figura del coordinatore (i tre DMP) è stata compresa, almeno da coloro che devono relazionarsi con il coordinatore stesso, cioè il Direttore di Dipartimento, i Primari, il S.I.T.R.A.

Due ultime riflessioni: la prima è che non esiste ad oggi una scuola che formi le figure professionali mediche che sono impegnate nei nuovi modelli direzionali; le scuole di specializzazione (Igiene) dovrebbero pertanto farsi promotrici nel seguire gli sforzi di cambiamento, sostenerli, confrontarli, ed inviare i propri specializzandi presso aziende di riferimento perché si estenda la comunicazione e la relazione tra interpretazioni diverse di nuovi modelli culturali e si crei un circolo virtuoso tra formazione, ricerca teorica e sperimentazione di nuovi approcci.

La seconda: i modelli presentati, così come qualsiasi altro modello disponibile, possono dimostrarsi validi ed adeguati solo se il personale che li interpreta sa considerarli come uno strumento di lavoro da adottare in maniera sufficientemente flessibile rispetto ai bisogni e alle necessità espresse dall'organizzazione aziendale; in questo senso diventa importante una corretta informazione e la valorizzazione del fattore umano attraverso una costante opera di supporto a tutti i livelli organizzativi.



# 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
- nessuna dipendenza di precisione nell'uso
- adatto ad alte livello superficiali sterili
- virucida
- battericida
- fungicida
- MICRUCIDA
- stabile e sicuro
- azione a distacco con spray
- riduzione di efficacia
- adatta a stoviglie e biancheria
- Acetone Free



## PERASAFE

Sterilizzante a freddo per strumentario efficace in 10 minuti

- sicuro all'uso
- sicuro per gli operatori
- rispetta l'ambiente
- nessuna dipendenza di precisione nell'uso
- nessun costo per l'aspirazione dei fumi
- protezione meccanica non richiesta
- neutralizzazione - 10 minuti
- decomposizione - 5 minuti
- spray
- tuberculicida
- virucida
- battericida
- fungicida
- compatibilità con il latex



LEADER IN BIOSECURITY

human health



Rappresentante Unico e Rappresentante Legale per l'Italia: BIOSEC ITALIA S.r.l. via A. Carro, 11 39057 - SILEA (TN)

Tel. 0472 459208 Fax: 0472 491016 E-mail: info@biovital.it website: www.biovital.it





# Stop alla Legionella e tutti i Batteri



## SISTEMA "STERIL WATER" E "FILTRAZIONE TERMINALE"

LA SOLUZIONE DEFINITIVA A TUTTE LE INFEZIONI DI ORIGINE IDRICA

STERIL SPA HA BREVETTATO IL REALE SUPERAMENTO A QUANTO OFFRE OGGI IL MERCATO, IN TEMA DI TRATTAMENTO E PREVENZIONE DELLA LEGIONELLA E DI QUALUNQUE CONTAMINAZIONE BATTERICA. I TRATTAMENTI STANDARD, INFATTI, OLTRE AD ESSERE OBSOLETI, OFFRONO SOLUZIONI TEMPORANEE E NON SEMPRE IMPIANTISTICAMENTE APPLICABILI. IL SISTEMA "STERIL WATER" ED I NUOVI FILTRI TERMINALI GARANTISCONO L'ABBATTIMENTO TOTALE DELLE CONTAMINAZIONI BATTERICHE (LEGIONELLA COMPRESA) E POSSONO ESSERE APPLICATI A QUALSIASI IMPIANTO IDRICO GIÀ ESISTENTE IN COMPLETA SICUREZZA E FUNZIONALITÀ. STERIL SPA PROVVEDE CON PROPRIO PERSONALE, ALTAMENTE QUALIFICATO, ALLA PROGETTAZIONE, INSTALLAZIONE, ASSISTENZA E FORNITURA DEL MATERIALE CONSUMABILE.



VIALE SPAGNA, 6 - Z.I.  
73010 SURBO (LE)  
PH. +39.0832.364536  
FAX +39.0832.363450  
WWW.STERILSPA.IT  
INFO@STERILSPA.IT

## L'esperienza di un Global Service manutentivo di seconda generazione.

### Ciò che occorre fare, gli errori da evitare

#### Riassunto

La esternalizzazione della gestione dei servizi manutentivi nelle Aziende sanitarie è arrivata a tipologie contrattuali di Global service manutentivo cosiddetti di seconda generazione. Nel testo si illustra, ripercorrendo la genesi di un contratto simile nella Azienda USL di Grosseto, cosa occorre fare prima, durante e dopo per arrivare a questo importante traguardo economico-organizzativo che consente - se ben organizzato e ben controllato - sia la stabilizzazione della spesa che il miglioramento del livello di qualità manutentiva percepita.

#### Summary

*Nowaday the maintenance services management outsourcing is based in the Health Public Companies on a contractual typology called "second generation Global Service". The text shows, throw the genesis of this contract typology in Grosseto's Health Public Company, what needed before, during and after to obtain - if all is good organized and good controlled - the costs control and the perceived maintenance quality level improvement.*

**A. Lenzi**

Area Tecnica - Azienda USL 9 di Grosseto

La esternalizzazione dei servizi, in particolare quelli manutentivi oggetto del nostro articolo, ha avuto in Sanità un aumento tumultuoso negli ultimi anni. Se vediamo i dati ISTAT 1991-2001 e più recentemente, quelli di fonte CRESME 2001-2005, vediamo come l'outsourcing dei servizi manutentivi è ormai una realtà consolidata, anche se il Facility management stenta ancora a decollare, soprattutto per pregiudizi di tipo economico ed una contingenza, perdurante in Italia in questo periodo, di attenzione praticamente monotematica ai risparmi attesi.

Se analizziamo poi le tipologie di outsourcing manutentivo attivato nel tempo si vedrà come cresce continuamente la parte dedicata alla costruzione + gestione degli edifici o alla gestione manutentiva, a decremento della semplice esternalizzazione della Manutenzione. Analizzando la evoluzione del nuovo fenomeno e facendo un piccolo passo indietro nel tempo, occorre ricordare che i cosiddetti Global Service nel settore manutentivo sono stati attivati in Italia dalla fine degli anni novanta, recando in sé diverse problematiche che li hanno fatti negli anni successivi sostanzialmente fallire. Oc-

#### Il Global Service manutentivo di seconda generazione

##### Cos'è?

• Contratto atipico, di gestione multiscopi manutentivi, caratterizzato dal canone e che ha per obiettivo il risultato. Si basa sulla figura del R.d.C. e sul mantenimento del "know how" all'interno delle aziende sanitarie

Per attivarlo è indispensabile...

• PRIMA: conoscere perfettamente la situazione storica pre Global

• DOPO LA ATTIVAZIONE: avere un sistema strutturato di controlli (project control) all'interno della Azienda



corre però ricordare anche i primi casi che hanno in qualche modo fatto scuola: da quello del Comune di Rimini all'altro del Comune di Mantova che comprendeva anche la gestione amministrativa dell'edilizia residenziale pubblica, ricordando anche il caso dell'allora Ministero delle Finanze con il Global Service di tutto il "palazzo delle finanze" di Roma per un tot. di oltre 100.000 mq. A parte pochi casi, quelle operazioni sostanzialmente verticistiche - non a caso attivate da molti Sindaci per i loro comuni - partivano dalla idea che fosse possibile una delega secca dei servizi nei confronti del privato, senza porsi il problema se si fosse arrivati, prima, a conoscere perfettamente le procedure interne e la situazione economica delle nostre realtà tecniche. Così facendo, si relegarono di fatto i tecnici interni al ruolo di spettatori, ottenendo una sostanziale regressione di quelle operazioni in outsourcing. Succedeva infatti che in pochi anni il privato - che reca in sé una intrinseca ricerca del lucro che lo differenzia fortemente dalla nostra "mission" - ha in molti casi fatto perdere alle forze interne la memoria stori-





**PAROLE CHIAVE:**

Global service; Manutenzione preventiva; Project control; Qualità manutentiva percepita

**KEY WORDS:**

Global service; Preventive servicing; Project control; Perceived quality lever

ca (il cosiddetto "know how") della situazione tecnico-impiantistica, col risultato di una lievitazione dei costi senza più possibilità di controllo, avendo le Aziende sostanzialmente perso gli anticorpi necessari ad opporsi. Dopo questa prima "onda corta" di operazioni in outsourcing, si sono affermati quindi dei Global Service diversi, definibili di seconda generazione, che hanno sostanzialmente quattro fondamentali punti di innovazione:

- Perfetta conoscenza e strutturazione a monte della situazione manutentiva;
- Implementazione di capitolati semplici ed agili (e quindi capaci di essere gestiti da un alto numero di persone), contenenti meccanismi contrattuali capaci di attivare circoli virtuosi nella conduzione;
- Utilizzo massimizzato dei dirigenti ed assistenti/collaboratori tecnici interni alle Aziende sanitarie per i continui controlli (organizzati in un vero e proprio "project control") in una ottica di partnership con la Ditta, perdendo eventualmente i soli operatori tecnici che possono essere utilizzati in altri ambiti o passare disponibilità della ditta esterna;

- Centralità della figura del R.d.C. (Responsabile del contratto), scelto all'interno dell'apparato tecnico aziendale, con attribuzione di poteri decisionali e buona autonomia gestionale.

Si prende a riferimento nel seguito un esempio di Global Service della gestione manutentiva di questo nuovo tipo, attivo da poco più di un anno nella Az. USL n° 9 di Grosseto (Area Vasta Sud est della Toscana: Grosseto, Arezzo, Siena). Questo non tanto per avere un modello, in un settore che, come si sa, ha bisogno di interventi assolutamente diversificati e personalizzati caso per caso, quanto per analizzare attraverso un caso reale, le difficoltà ed i vantaggi - già raggiunti o attesi - ottenuti con questo nuovo strumento gestionale.

**LA SITUAZIONE DELLE MANUTENZIONI PRECEDENTE AL G.S. NELLA AZ. USL 9 - ANNI 1992/2003**

Un forte tentativo di razionalizzazione all'interno del settore delle manutenzioni in quella che oggi è la Az. USL 9 inizia molto presto, alla fine degli anni ottanta, attra-

verso alcuni criteri fondamentali:

- unificazione delle procedure manutentive derivanti dalle varie unità sanitarie confluite poi nella USL 9 provinciale;
- attivazione - dai primi anni novanta - di un database "fatto in casa" denominato BOF (buoni, ordini, fatture) per la raccolta di tutti gli ordini a rilevanza manutentiva per le nostre strutture ed impianti. Al tempo, la nostra organizzazione era l'unica nella Regione Toscana ad essersi dotata di tale procedura informatica;
- unificazione dal 1992 di tutta la parte più "edile" della manutenzione - opere murarie, pitture, parte elettrica ed idraulica - con una gara per un unico fornitore denominato "gestore unico della manutenzione". Anche tale unificazione, all'epoca fu la prima nella nostra Regione.

Proseguendo in tale opera di riordino, economia e unificazione, l'azione continuò negli anni su altri quattro versanti: la gestione calore, l'appalto per il miglioramento della sicurezza (D.lg. 626), l'appalto degli apparecchi elevatori, la riorganizzazione del sistema informativo.

Sul versante delle centrali termiche ed approvvigionamenti di combustibile, fu attivata dal 1990 la cosiddetta "gestione calore" su protocollo indicato dalla regione Toscana con piena capacità gestionale dell'assuntore esterno che acquisiva responsabilità di "terzo responsabile"; si può considerare questo come il primo appalto di nuovo tipo, comprendente la ge-

**SONO GLOBAL SERVICE.....**

**1 di prima generazione** quelli attivati dagli anni 90 in poi, in realtà anche tecnicamente carenti, esautorando nei fatti i tecnici interni e confidando nella possibilità di autogoverno del sistema privatizzato

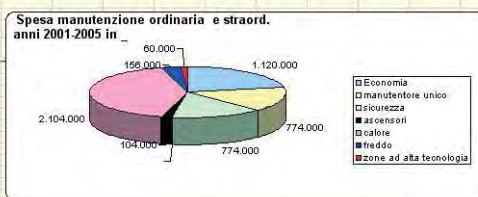
- certezza della spesa
- mantenimento in Azienda di parte del know how e dell'aspetto ideativo
- attivazione in partnership col privato degli adeguamenti strutturali e tecnologici
- relativo recupero economico (da verificare caso per caso)



- perdita del know how
- mancato controllo sui costi
- perdita della professionalità tecnica
- forte incidenza di contenziosi con le ditte esterne

**2 di seconda generazione** quelli attivati negli ultimi anni in realtà in cui erano note le dinamiche del sistema manutentivo e si organizzano perfettamente i meccanismi di controllo, salvando le professionalità aziendali (R.d.C.) e mantenendo per i tecnici della azienda la parte ideativa e strategica ed il controllo della spesa

I vari settori manutentivi della Az. USL 9 prima e dopo il G.S.



stione "all inclusiv" almeno nel suo settore. La situazione divenne ancora più unificante negli anni successivi quando tale contratto incluse anche la parte della manutenzione dei sistemi di climatizzazione, diventando di fatto una gestione di tutto il settore "caldo-freddo". C'erano però ancora dei limiti oggettivi, in quanto valeva solo sulla zona di Grosseto e non sull'intero territorio della provincia di Grosseto che sarebbe poi diventata la base territoriale della Az. USL 9. L'appalto, pur avanzato, presentava poi vistose "zone grigie" di intervento: con le sottostazioni idriche, le tubazioni idrauliche, i caloriferi incongruentemente gestiti da altri mantentori. Nell'altro versante del miglioramento della sicurezza fu attivata una gara specifica con proprio finanziamento negli anni 2000-2002 che unificò il settore della messa a norme di strutture ed impianti tentando di dare un minimo di certezza economica alla difficile opera di risanamento delle nostre strutture. L'operazione non riuscì pienamente in quanto le risorse previste furono utilizzate solo in parte a causa dei rapporti purtroppo non sempre positivi e senz'altro poco sinergici tra l'Area Tecnica ed il Servizio di Prevenzione e Protezione che pure collaborò alla attuazione dei lavori. Sempre in quel periodo siamo arrivati ad un altro appalto di tipo nuovo, quello della gestione degli impianti elevatori, che per la prima volta, anche se ancora per un settore specifico, prefigurava una gestione di tipo "full risk" su tutto il territorio, con pagamento a canone e piena attribuzione anche della responsabilità. Poiché con gli anni il vecchio

data-base "BOF" cominciava ad andare stretto alle nuove necessità si attivò dal 1999 la riorganizzazione del sistema informatico tramite un nuovo sistema gestionale attivato col Consorzio Metis che migliorava sia le procedure (con ordini, dal 2003, attivabili solo via web) che l'interfaccia e la comunicazione con gli altri sistemi aziendali (ADS Data processing). Questo nuovo programma gestionale, denominato METIS, fu uno snodo importantissimo in tutto questo percorso unificante del sistema manutentivo, in quanto da quel momento fu possibile conoscere con buona approssimazione le spese per i vari settori ed ogni forma di intervento effettuato, ed anche effettuare un controllo stretto dal centro delle somme impiegate da ogni erogatore di spesa in periferia, con previsioni dei costi del sistema verificate in tempo reale secondo necessità. Nonostante che tutto il sistema manutentivo, come si è visto, tendesse da tempo verso la semplificazione e unificazione, all'inizio del 2003, quando si cominciò a lavorare ad un nuovo Global Service manutentivo, avevamo ancora, fondamentalmente, due punti di debolezza:

- un numero ancora elevato di appalti - circa quindici - per tutta la Manutenzione, distribuiti per di più in modo a volte difforme nel nostro territorio;
- un utilizzo ancora alto dell'istituto delle spese in economia (sinonimo quasi sempre di inefficienza e carenza di procedure) che in quegli anni si attestavano in ca. 1.600.000 euro per an-

no su un costo manutentivo complessivo - compresa la gestione calore - intorno ai 5-6 milioni di euro.

Se a questo si aggiunge che negli anni avevamo avuto una vera emorragia di operai dipendenti della nostra Amministrazione, passati nell'ultimo decennio da poco meno di 70 ad una quindicina, si capirà come tutto portasse verso creazione di un Global Service manutentivo per riuscire a semplificare il sistema e risolvere gli storici punti di debolezza.

## LA FASE DELLA ELABORAZIONE DEL CAPITOLATO: SCONTRI E INCONTRI CON LA DIREZIONE

I tempi erano quindi maturi per un appalto innovativo e l'arrivo di un nuovo Direttore Generale coraggioso ed innovativo fu l'occasione per iniziare questo impegno. All'inizio le mie energie, come Resp.le delle Manutenzioni, si concentrarono verso un ulteriore approfondimento della conoscenza di tutta la realtà manutentiva, affinando il sistema di informazioni della nostra organizzazione, le procedure, i costi di ogni tipo, compresi quelli più o meno occulti ed indiretti. A tal proposito si attivò anche una contingenza positiva e fortunata: un gruppo di tecnici CONSIP di Roma, sulla base di un questionario da loro inviato a da me riempito, mostrarono di apprezzare la nostra come una conoscenza profonda delle dinamiche interne del settore e ci individuavano come zona-campione per



## E' possibile fare economie e contemporaneamente migliorare la situazione manutentiva?



**SI** nelle aziende dove la situazione non è sotto controllo

**NO** nelle aziende dove la situazione è già ben organizzata, da anni si affinano le procedure e si razionalizzano i costi



## Un po' di numeri

Global Service manut. Az. USL 9 di Grosseto anni 2005-2010 +1+1+1

Attivazione: Luglio 2005

Comprende: gas e gasolio, arredi Non comprende: zone a verde e viabilità esterna, ascensori.

Costo a base d'asta: 4.750.000 + IVA  
Valore del canone: 4.037.000 /anno + Iva (isa, 15% di sconto)

ca. 80 strutture tra cui 5 ospedali (isa, 1000 letti totali)

costo del G.S. al mq/mese: **2,50**

oltre IVA

costo reputato otti male: **3,00**

oltre IVA

costo del G.S. al mq/anno: **30,00** oltre IVA

costo reputato otti male: **36,00** oltre IVA



6

## Indice di gradimento tramite questionario

**Il risultato delle  
due rilevazioni  
subito  
prima dell'avvio  
del G.S. e dopo,  
nell'Ottobre 2006**



**Giudizio manutentivo globale: 6,13 / 10 prima  
rilevaz.ne**

Somministrati ca. 230 questionari

**6,44 / 10 seconda**

**rilevaz.ne**

7

le loro proiezioni a livello nazionale. Fu un periodo proficuo di contatti con i tecnici CONSIP a Roma ed in altre realtà da loro monitorate, come Modena, Reggio Emilia, ed altri centri con realtà già attive di esternalizzazione di servizi. In quel periodo approfondii, insieme ai miei collaboratori, anche i rapporti con le altre Aree Tecniche della nostra Area Vasta (Siena territoriale, Siena ospedaliera, Arezzo) con incontri e discussioni tra colleghi e ricognizioni sulle varie strutture e rispettivi costi.

Ne scaturirono documenti di confronto tra le varie realtà territoriali che furono alla base della individuazione delle rispettive criticità. La proposta di Global Service manutentivo stava quindi prendendo forma su più tavoli: quello della Direzione, con incontri continui, quello dei tecnici CONSIP a Roma, quello con i colleghi di Area Vasta oltre ad un verifica delle scelte fatte all'interno con i colleghi della U.O. ed il Resp.le dell'Area. Per amor del vero, quando parlo di "incontri" con la Direzione della mia Azienda sanitaria, uso in qualche modo un eufemismo; la verità è che all'inizio il clima era piuttosto teso, con idee che divergevano anche fortemente.

A tutto questo lavoro di elaborazione si aggiungeva una doverosa partecipazione alla convegnistica di settore con interventi e proposte, e un continuo lavoro di verifica con alcune ditte del settore, portando avanti quel "dialo-

go competitivo" tra imprese che si rivelò fondamentale.

Ripensando a quella fase, in particolare ai contatti con tecnici delle ditte specializzate nel settore, mi rendo conto di aver incontrato in molti di loro molta professionalità e passione.

Negli incontri con la Direzione stava quindi, tra mille difficoltà e divergenze di vedute, prendendo corpo un capitolato di Global service manutentivo con alcune idee forti:

- il più possibile onnicomprensivo di tutti i settori manutentivi;
- con una sostanziale retribuzione a canone;
- con un governo interno forte, per evitare a qualunque costo la perdita del "know how" acquisito negli anni;
- con la strutturazione di forti meccanismi di verifica, controllo degli interventi e misurazione dei risultati utilizzando il personale tecnico diplomato a disposizione;
- con meccanismi che prevedono la messa in disponibilità del maggior n° di operatori tecnici interni - resi sovrabbondanti dalla nuova organizzazione - verso la nuova Ditta, con recupero dei rispettivi emolumenti stipendiali.

### LA DIFFICILE SCELTA DELLA SOMMA A BASE D'ASTA

Ma soprattutto, problema assai delicato, occorre individuare cor-

rettamente la base d'asta annuale per una gara che avremmo poi espletato con i criteri della normativa sui servizi.

A proposito di tale cifra annuale, si discusse spesso, in quel periodo, se tutta l'operazione poteva portare ad un risparmio secco per la amministrazione o no, e la risposta di noi tecnici - difesa fino in fondo - fu che un Global può anche portare, nella migliore delle ipotesi, un netto risparmio, ma solo se nasce in realtà non strutturate e gestite in gran parte con spese in economia e con pagamenti "a piè di lista"; non è invece realistico pretendere da un G.S. forti risparmi in realtà dove da anni si affinano le procedure, si effettuano controlli, si svolge la contabilità in contraddittorio, si va in contenzioso con le ditte ed il sistema è insomma già fortemente presidiato e razionalizzato. In queste ultime realtà evolute si deve correttamente puntare, all'interno di un realistico quadro di razionalizzazione e stabilizzazione della spesa, sui miglioramenti nella organizzazione e nella qualità manutentiva percepita.

Dibatteremo, sempre a proposito della fissazione della cifra a base di gara, anche il problema del "falso riferimento" economico. Se avessimo infatti preso come base di individuazione economica l'ultimo anno - il 2003 - in cui la spesa manutentiva era quasi crollata per una scelta draconiana della Direzione di risparmiare fortemente nel settore, saremmo partiti con nu-

## SUGGERIMENTO

### n° 1

evitare di fare tutto da soli



*Dividere invece almeno le funzioni del RdC e quelle della conduzione amministrativa dall'ambito dei controlli tecnici, proponendo una "squadra" ampia e ben strutturata da far conoscere ed accreditare alla Amministrazione della Az. Usi ed al gestore esterno*

## SUGGERIMENTO

### n° 2 spingere forte sui controlli

soprattutto sul n° ed utilizzo del personale e sulla qualità degli interventi effettuati



meri menzogneri, che ci avrebbero dato al massimo un risparmio effimero, ma non ci avrebbero consentito di attivare un meccanismo efficiente e duraturo. Era invece corretto - e riuscimmo con fatica a farlo accettare dalla Direzione - individuare la base d'asta con riferimento alla media della spesa storica degli ultimi anni.

La questione della individuazione della cifra a base d'asta appariva comunque ardua e in effetti, oltre ai meccanismi di intervento del futuro global di cui parleremo, è proprio questa una delle questioni cruciali di tutto il lavoro di implementazione iniziale del nuovo servizio. Alla obiezione di alcuni che "eventuali ipotesi economiche fuori misura si sarebbero comunque riallineate in gara grazie al meccanismo della libera concorrenza" obiettavo - ed i fatti occorsi nella stessa gara lo hanno confermato - che la individuazione di un costo realistico e ben ponderato a base d'asta appare invece assolutamente fondamentale. Le Ditte, infatti, nella realtà, pur effettuando sopralluoghi e verifiche prima della loro offerta, non riescono ad avere una idea completa del lavoro futuro ed in caso di base d'appalto sotto-stimata, avrebbero di fatto preso la cifra di gara come riferimento valido, proponendo un ulteriore ribasso standard.

Il risultato sarebbe stato che le ditte partecipanti avrebbero sottostimando in definitiva l'offerta inserendo tensione e difficoltà in tutta la conduzione futura del servizio, fino a renderlo impossibile.

### IL CAPITOLATO DEL GLOBAL SERVICE MANUTENTIVO DELL'AZIENDA U.S.L. 9 DI GROSSETO

Nel 2004 il capitolato del Global Service manutentivo, redatto dall'Azienda U.S.L. 9 di Grosseto, era pronto. Volutamente semplice e non pletorico, si componeva di sole 50 pagine con 3 allegati.

Avevamo conosciuto altri G.S. con capitolati enormi, complessi e quindi "illeggibili" e ingestibili, che per tentare di dire tutto e di non omettere niente, riuscivano solo a produrre una enorme quantità di carta di fatto buona per il macero; in base a quelle esperienze ci eravamo invece indirizzati verso la snellezza e la semplicità.

Nelle 50 pagine del capitolato prestazionale e nell'allegato relativo alle operazioni di manutenzione preventiva (le cosiddette schede manutentive: cosa fare e ogni quanto), si è riusciti comunque ad elencare ed esplicitare, nel modo più chiaro ed operativo possibile, sia le azioni che avrebbero dovuto essere svolte dal gestore della gara che i meccanismi, tempi e modalità di controllo e di remunerazione.

Un altro punto qualificante dell'appalto era la decisione sulla durata dell'appalto: con appalti brevi si rischia di avere pochi investimenti da parte del vincitore e tempi di cambio-gestore insopportabilmente frequenti, ma con il vantaggio di non legarsi per un periodo troppo lungo all'impresa vinci-

trice che potrebbe anche rivelarsi un partner scomodo. Con appalti lunghi, viceversa, si ha il vantaggio di rendere possibili grossi investimenti e una maggior stabilità della gestione ma con il rischio di dover "sopportare" per molti anni un'impresa che magari non soddisfa pienamente.

Nel nostro caso si è optato per un appalto medio-lungo, ma "rivalidato" negli ultimi tre anni: la durata dell'appalto è infatti di 6 anni ma prorogabile annualmente, di anno in anno, per altri tre.

In questo modo si ottengono i grossi investimenti di cui si aveva estremo bisogno (la Ditta può contare su un contratto di molti anni per ammortizzare gli investimenti) e contemporaneamente si riverifica la ditta a fine contratto quando si potrebbe fare concreto il rischio di una minore spinta per lavorare al meglio. Concedendo i rinnovi annuali diviene infatti interesse della ditta lavorare bene anche a fine contratto per "guadagnarsi" le proroghe annuali.

Il criterio di aggiudicazione scelto è stato quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa: la commissione giudicatrice decide il vincitore in base alla qualità dell'offerta proposta (60%) ed al prezzo (40%). La qualità della offerta proposta si vince sia dalla organizzazione offerta e dal numero di operatori garantiti in ogni struttura che dalla offerta di opere di riqualificazione, soprattutto per il miglioramento del settore impiantistico di cui avevamo particolarmente bisogno.



## SUGGERIMENTO

**n° 3**  
non "legarsi le mani"  
nei rapporti  
col nuovo gestore esterno



*Evitare la tesi che "poggi e buche" si compensano, pensando che una mano lavi l'altra... ecc.; può servire invece anche un maggior formalismo*

10

## SUGGERIMENTO

**n°4** utilizzare l'occasione  
per un grande "reset",  
migliorando  
la mentalità  
degli operatori



*Gli operatori tecnici interni devono mutare mentalità, senza legarsi ad un passato che non torna più ed agendo in positivo*

11

Nella fattispecie del nostro appalto, per dare una idea sui risultati che è possibile attivare, il vincitore si è impegnato a realizzare, oltre agli impianti di cogenerazione obbligatori da capitolato: una nuova centrale termica con nuovo anello di distribuzione di acqua calda, il rifacimento di 6 sottocentrali termiche presso l'ospedale Misericordia di Grosseto, un sistema di supervisione e controllo remoto dei parametri delle centrali tecniche e zone ad alta tecnologia con 2.500 punti telecontrollati, l'installazione 2 gruppi frigo ad assorbimento, la riqualificazione di 3 centrali termiche di varie potenzialità, l'installazione di vari gruppi frigo di diverse potenzialità e numerosi interventi di riqualificazione edile comprendenti tra l'altro la sostituzione di vari infissi. Il tutto per un valore intorno ai quattro milioni di euro coperto dalla somma prevista nel canone annuale.

Il Global Service è infatti fondamentalmente pagato a canone: si è optato cioè per una situazione di sostanziale "full risk" in un sistema di pagamento a canone ad eccezione dei conguagli sulla contabilizzazione del servizio di riscaldamento. Il servizio di "gestione calore" viene infatti pagato come prodotto risultante tra i gradi-giorno effettivi delle diverse località, le cubature da riscaldare, le ore di utilizzo delle strutture ed il prezzo del combustibile: /mc./GG/h. In realtà sono presenti poche eccezioni al pagamento onnicomprensivo a canone, come quella degli arredi, pagati a parte quan-

do non più riparabili, ed ad alcuni interventi di tipo edile: non si considera intervento ricompreso in canone il rifacimento di intere facciate ed intere coperture, nè la sostituzione infissi di interi edifici. E' stata presa quest'ultima decisione di stralciare dal servizio intere facciate ecc.. per poter contenere il prezzo a base d'asta; inserendo invece a "full risk" anche queste voci, la base d'asta sarebbe aumentata in modo probabilmente inaccettabile per le nostre capacità economiche aziendali. Resta comunque il fatto che la gran parte delle nostre necessità manutentive - possiamo dire oltre il 90% - sono risolte con prestazioni comprese nel canone. L'Unità Operativa Manutenzione Immobili della Az. USL di Grosseto gestisce tipologie di immobili molto diverse tra loro: 5 Ospedali con più di mille posti letto totali e circa 80 altre strutture, dai poliambulatori alle case famiglia, dalle Residenze Sanitarie Assistite ai Distretti ed uffici. Anche le attività gestite dalla Unità Operativa sono molteplici: approvvigionamento di combustibile per gli impianti di riscaldamento, gestione e manutenzione delle centrali termiche, gestione manutenzione e verifiche normative e di legge sugli impianti elettrici, elettronici e ad alta tecnologia; gestione impianti di condizionamento; gestione degli apparecchi elevatori; manutenzione nel settore edile (pitture, muratu-

## SUGGERIMENTO

**n°5** non illudersi di aver fatto un lavoro  
che solleva dagli impegni, grazie al  
fatto che "ora ci sono loro"

*Questo può essere vero solo per il personale operaio; è sempre meno vero man mano che si sale gerarchicamente. Per i Dirigenti è vero il contrario*



re, impianti idrico-sanitari), manutenzione degli impianti, presidi ed attrezzature antincendio, la manutenzione degli arredi, delle tappezzerie e della segnaletica interna. Si aggiungono a questa la gestione del verde e degli spazi esterni con viabilità e segnaletica. Le scelte che sono state fatte dall'Azienda U.S.L. 9 di Grosseto sono state di inserire in una unica gara tutti i servizi appena elencati con l'eccezione degli impianti elevatori, della gestione del verde e spazi esterni. Questo perché il servizio ascensori era stato appena assegnato con criteri giudicati avanzati (gara unificata in tutto il territorio provinciale con criteri tesi al miglioramento impiantistico), mentre per quanto riguarda gli altri servizi si è ritenuto di escluderli per ragioni di contenimento economico dell'appalto, non rientrando fra l'altro nella "mission" aziendale, con una scelta che però, ad un anno dalla attivazione dell'appalto, non mi sentirei di riproporre.

Oltre alle operazioni di manutenzione (ordinaria e straordinaria postdanno, programmata o preventiva) all'interno della gara è previsto di fornire anche uno sconto sul prezzario del bollettino degli Ingegneri (assunto a base d'asta già diminuito del 10%), per contabilizzare i lavori a misura eseguiti extra canone per interventi di manutenzione migliorativa richiesti dalla stazione appaltante. Nella idea iniziale degli estensori del capitolato questi interventi migliorativi avrebbero dovuto essere coperti dallo sconto sulla base d'asta; purtroppo l'amministrazione decise che lo sconto sarebbe stato semplicemente incamerato dalla Amministrazione. D'altronde bisogna ammettere che stiamo parlando di cifre non indifferenti perché lo sconto effettivo è stato di poco più del 15%, pari a ca. 700.000 euro/anno.

Si è comunque persa con questa scelta l'occasione di dotare la conduzione dell'appalto di quello che potremmo definire un "motore interno" che, autoalimentandosi ogni anno, avrebbe attivato il miglioramento continuo dei nostri ambiti di difficoltà e vetustà, contribuendo fortemente alla soluzione del problema dei problemi: la necessità di interventi migliorativi per la messa a norme ed in sicurezza delle nostre strutture.

Pur senza un budget predefinito da cui attingere per eseguire tali lavori, stiamo tentando comunque di portare avanti anche questa parte di miglioramento della sicurezza e messa a norma, chiedendo via via l'autorizzazione alla spesa oppure usando piccole somme in economia.

Se quindi, come abbiamo visto, il difficile settore della messa a norme delle nostre strutture rappresenta uno dei principali aspetti di criticità di questi appalti, in modo correlato occorre anche far chiarezza sugli ambiti di responsabilità, tentando quanto più possibile

## SUGGERIMENTO

### n°6 nel proprio ruolo di guida e controllo, muoversi in una ottica di "partnership"



Una volta strutturato il sistema dei controlli, agire in una ottica di collaborazione che, lungi dal favorire solo il gestore esterno, aiuti tutto il nuovo sistema manutentivo

13

di collegare le responsabilità manutentive al nuovo Gestore esterno. Nel nostro caso il capitolato era molto chiaro e su tale base, al momento della stipula del contratto, l'impresa ha sottoscritto un documento in cui si assume ogni e qualsiasi responsabilità per la sicurezza in riferimento a tematiche manutentive, in base alle leggi vigenti ed in particolare al Dlgs 626/94, anche per le responsabilità civili e penali scaturenti da infortuni o danni occorsi a terzi. Questo vale anche per tutte le richieste di risarcimento danni che vengono inviate all'Azienda dovute ad inadeguata manutenzione: l'assuntore dovrà quindi redigere una relazione tecnica sull'accaduto, che sarà poi utilizzata per confutare o meno la richiesta pervenuta. A tal proposito si allega l'art. 8 del contratto che la Ditta ha sottoscritto.

#### Art. 8

*In base agli artt. 6 e 7, 26 e 27 del capitolato, con la sottoscrizione del presente atto la Ditta XXX conferma di assumere ogni qualsiasi responsabilità per la sicurezza in riferimento a tematiche manutentive, in base alle leggi vigenti ed in particolare al Dlgs 626/94, dandone pieno scarico alla Az. Usi 9 anche per le responsabilità civili e penali scaturenti da infortuni o danni occorsi a terzi. Tale assunzione di responsabilità decorre, in deroga parziale dal capitolato, dal primo Ottobre 2005, al termine del periodo di avvio del servizio.*

*Da tale data la ditta XXX assume la diretta gestione dei rapporti con l'ufficio legale della Az. USL 9 per*

*le richieste di relazioni esplicative in caso di incidente o infortunio, nonché la titolarità nei confronti dei verbali e prescrizioni degli organi di vigilanza - sempre che la fattispecie non sia riconducibile a chiare e documentate carenze specifiche di intervento della Az. USL 9 o a precise indicazioni del R. d. C. -*

*dando atto anche della piena titolarità della Ditta nei confronti di eventuali oneri scaturenti da tali verbali.*

### PRESTAZIONI AGGIUNTIVE E ALTRI PUNTI QUALIFICANTI

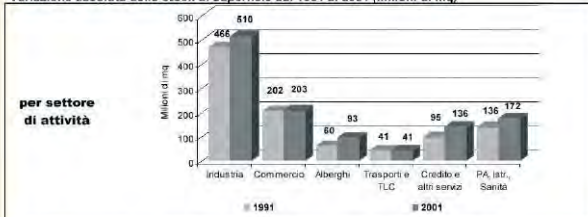
Oltre alla gestione e manutenzione delle strutture ed impianti si richiedono nell'appalto diverse prestazioni ulteriori - senza costi aggiuntivi - che arricchiranno le dotazioni strutturali della Azienda sanitaria di Grosseto o comunque la conoscenza del sistema e la corretta gestione. Una di queste prestazioni richiesta nel capitolato è quella di eseguire e fornire una anagrafica completa di tutte le nostre strutture; la Ditta deve infatti produrre il cosiddetto libretto edificio per ogni struttura, comprendente tutte le informazioni dello stabile sia in formato cartaceo che in quello elettronico:

- certificato di destinazione urbanistica e di destinazione ambientale
- progetto originario degli immobili e progetto conforme allo stato finale - as built
- planimetrie per la individuazione delle singole stanze e delle unità immobiliari, consistenze metriche dell'immobile - superficie e volumetria -
- situazione a livello antincendio
- certificati catastali completi - estratti di mappa, visure catastali terreni ed edilizio urbano, planimetrie, denunce di variazione.



Andamento in Italia dei contratti in Global service. Vari settori economici.

Variazione assoluta dello stock di superficie dal 1991 al 2001 (milioni di mq)

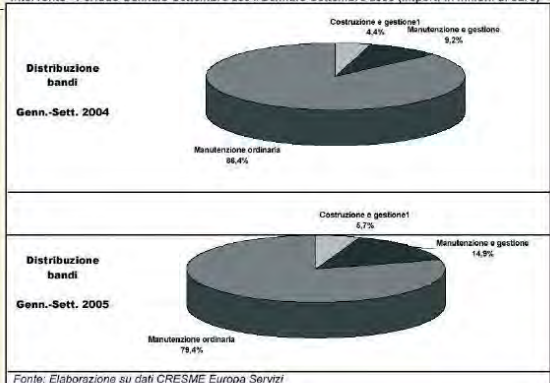


Fonte: elaborazione Cresme su dati Istat, Censimento Industria e servizi, 1991 e 2001

14

Campo di competenza dei Global Service in Italia

Distribuzione assoluta e percentuale dei bandi di gara pubblicati per tipologia di intervento - Periodo Gennaio-Settembre 2004/Gennaio-Settembre 2005 (importi in milioni di euro)



Fonte: Elaborazione su dati CRESME Europa Servizi

15

Continuando a ricordare in breve le altre scelte principali del capitolato occorre citare ancora alcuni punti qualificanti. Innanzitutto le scelte sul futuro personale da assumere. Si sono creati infatti meccanismi per indurre la Ditta aggiudicataria (come poi è successo) a privilegiare per quanto è possibile la assunzione di personale in loco. A tal proposito vanno ricordati i molti incontri e contatti con la Associazione industriali e ditte edili della nostra città, anche per non far vivere loro questo delicato passaggio come un ulteriore "impo-verimento" della realtà locale.

Va anche ricordato il meccanismo di pagamento a canone che induce la Ditta ad interventi effettuati al meglio in quanto l'eventuale ripetersi del guasto non viene pagato come avverrebbe se la Ditta fosse remunerata a prestazione. Questo spinge naturalmente il Gestore verso interventi ben fatti che non necessitano di "tornarci sopra"; si sono anche qui attivati meccanismi intrinsecamente rivolti verso il miglioramento.

Il Global Service si basa poi su di un sistema strutturato di controlli (project control) che, pur pensato ed attivato con la logica della "partnership", reca al suo interno un completo sistema di penalità per le inadempienze della Ditta. Queste sono però spesso pensate non solo in modo tradizionale, ma anche in modo positivo, per proporre più che per penalizzare; sono le cosiddette penalità attive. Ad esempio, se la ditta ripete per un

certo numero di volte ritardi nell'attivarsi ad una chiamata manutentiva in un certo presidio, verrà obbligata ad aumentare per un periodo di tempo le unità di personale presenti nella zona. Se poi si ripettesse ancora la carenza, l'obbligo del personale in più diverrebbe stabile per tutta la durata dell'appalto.

Si è già accennato all'obbligo inserito in gara di utilizzare un certo numero di personale operaio dipendente della Azienda, rimborsandone gli emolumenti stipendiali; nel capitolato si obbligava la Ditta ad accettare fino a 14 unità, nella realtà sono divenute 7 mentre una ottava si è licenziata e passata alle dipendenze della Ditta. Merita anche accennare all'altra scelta di appalto che dà la possibilità al Responsabile del Contratto di richiedere l'allontanamento dell'operatore della ditta esterna se considerato negativamente per la conduzione dell'appalto. Anche questo meccanismo si è attuato durante il primo anno di conduzione senza portare particolari tensioni.

Dei meccanismi di rilevazione dell'andamento dell'appalto in particolare tramite la somministrazione di questionari a dipendenti ed utenti sulla percezione della qualità manutentiva parleremo tra poco, mentre va anche ricordato che l'appalto consente di mutare con relativa facilità la consistenza del parco edifici ed i relativi emolumenti in canone secondo meccanismi già definiti in gara. Questo-

permette non solo di assegnare in manutenzione, via via che vengono terminate, nuove strutture aziendali, ma anche di sottrarre strutture dalla gestione del Global se ne occorresse il caso. Se ad esempio le neonate Società della Salute decidessero di effettuare in proprio la manutenzione degli immobili a propria valenza, potremmo scorporare tali immobili dall'appalto semplicemente sottraendo gli importi già evidenziati in gara.

## COME STÀ ANDANDO?

Il Global Service è stato aggiudicato con gara effettuata dall'Area Vasta Sud Est (oggi ESTAV) della Toscana alla Manutencoop Facility Management di Bologna con un ribasso di oltre il 15% sulla somma a base di gara per un importo effettivo di poco più di 4.000.000 di euro all'anno di canone comprensivo anche dei combustibili di tutte le strutture, somma pari a ca. 30 euro al mq/anno di struttura a fronte di valori ritenuti ottimali di ca. 36 euro al mq/anno. Sono valori certamente soddisfacenti dal punto di vista dei costi dell'intervento e che allineano il nostro appalto con i meno onerosi che abbiamo in Italia soprattutto con riguardo alla somma delle prestazioni richieste.

In poco più di un anno abbiamo superato la difficile fase di avvio, e pur con un impegno ad anche una fatica sinceramente maggiore del previsto, il lavoro è partito e ci pare su giusti binari.

Per meglio rappresentare, finendo, la situazione attuale dell'appalto riportiamo due ampi stralci della relazione annuale sull'andamento dell'appalto da me ufficializzata alla Direzione proprio in questo periodo.

"...Al 31 Ottobre 2006 sono state fornite dalla Ditta (start-up primo Luglio 2005) n° 18.946 prestazioni (10.696 post danno e 8.250 per la preventiva) solo per quanto riguarda la manutenzione ordinaria e straordinaria a canone.

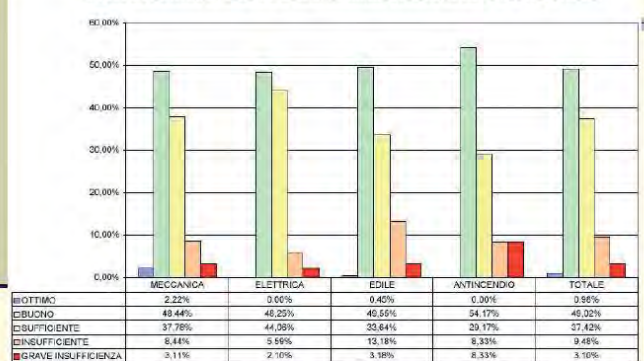
E' stato fino ad oggi detratto dalle fatture trimestrali del canone un importo di euro 55.311,23 per penalità e/o riduzioni del canone per parti di strutture interessate a lavori e quindi momentaneamente non oggetto di Manutenzione e poco più di 100.000 euro per riduzioni del canone per incompleto numero di unità di personale. Il personale esterno presente da contratto a tempo pieno ed in doppio turno diurno (7-13,30 e 13-19) nelle nostre strutture ammonta ad un Ingegnere responsabile, 37 unità oltre ad altre 7 unità come media annuale senza assegnazione territoriale e molte presenze che lavorano non a tempo pieno per il nostro appalto con Ditte terze.

E' stato implementato un sistema completo di controlli in continuo delle attività svolte dalla ditta esterna; le varie tipologie di rilevazioni sono effettuate dai nostri tecnici attraverso un sistema organico e strutturato sin dall'inizio del G.S. come "project control".

Tali rilevazioni sono fondamentalmente di quattro tipi:

1. indice di gradimento da parte della utenza attraverso la somministrazione di questionari "a freddo";
2. giudizio sugli interventi effettuati tramite scheda di rilevazione lavori riempita dai nostri collaboratori da soli od in contraddittorio con i tecnici della Ditta esterna;
3. andamento statistico delle richieste di intervento;
4. andamento degli interventi in

Giudizio dell'intervento verificato in G.S. diviso per attività lavorativa (periodo 01/01/2006 31/10/2006)



reperibilità notturno-festiva.

Per quanto riguarda il punto 1), i dati sul gradimento degli utenti (rilevazione semestrale) porta l'indice attuale di valutazione complessiva del livello manutentivo percepito al valore di 6.44/10 dopo il 6,13/10 iniziale, rilevato prima dell'avvio del Global. Per la rilevazione sono state somministrate 203 schede suddividendole, per le principali strutture, tra interni (operatori) ed esterni (utenti).

Il valore citato, anche se sufficiente in sé e leggermente migliorativo del precedente, non può essere ancora considerato significativamente positivo in quanto, essendo un dato grezzo e con grande margine di variabilità, viene giudicato sostanzialmente analogo al precedente. Ciò è d'altronde comprensibile in quanto non è tecnicamente possibile avere dati fortemente migliorativi nel primo anno di gestione.

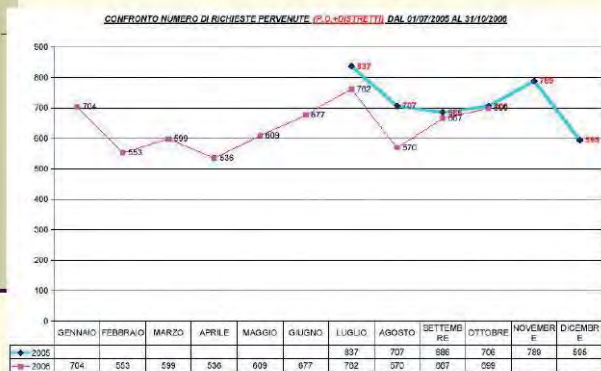
Se si hanno infatti presenti i dati riportati nella convegnoistica del settore, occorre attendere un buon numero di anni per assestare la percezione in miglioramento di un Global Service; la letteratura tecnica indica tale periodo in addirittura dieci anni; penso, più realisticamente, che occorra comunque qualche anno per variare significativamente la qualità percepita del livello manutentivo.

...Si è attivata una organizzazione che nell'insieme stà funzionando e rappresenta i primi timidi miglioramenti nei confronti della situazione precedente. C'è però bi-

sogno di un fortissimo impegno da parte del Responsabile del Contratto e di tutto il team manutentivo per non abbassare la guardia e migliorare le criticità; queste, per loro natura, sono infatti molto sensibili proprio alla presenza ed agli stimoli del nostro personale.

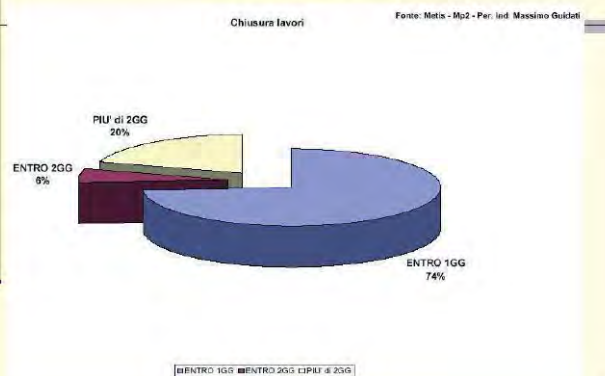
Ha funzionato in particolare il meccanismo sperato di favorire gli investimenti (grazie alla economia di scala ed agli anni di servizio); in effetti le proposte migliorative sono state centrate sulle nostre esigenze ed abbondanti, oggi i relativi lavori sono tutti partiti ed alcuni già attivati o in via di conclusione. I grandi lavori di investimento impiantistico al P.O. attivati ed ormai quasi terminati sulle nuove condotte caldo-freddo, permetteranno una serie di vantaggi; oltre alla centrale termica completamente nuova ci lasceremo alle spalle una serie di criticità legate ai sistemi di refrigerazione che negli anni si erano create; sarà infatti d'ora in poi presente e circolante nell'apposito anello una scorta di acqua refrigerata per la climatizzazione estiva per gli usi futuri pari al doppio della capacità attuale che ci farà risparmiare moltissimo per la parte di climatizzazione delle nuove edificazioni previste. Inoltre avremo, come previsto in gara, il nuovo cogeneratore e le macchine frigorifere che abatteranno enormemente il consumo di energia elettrica con i citati vantaggi per la bolletta ENEL. Il rischio rottura per le attrezzature di climatizzazione sarà mini-





17

### Tempi di risoluzione del guasto



18

mizzato, andando a perdere le oltre 50 macchine vetuste che abbiamo creato estemporaneamente negli anni nel P.O., sostituite da macchine unificate ad altissima efficienza e di tipo modulare, per cui virtualmente esenti da fermi per guasto per la parte di refrigerazione. I sistemi di rilevazione remota dei parametri principali delle zone ad alta tecnologia e l'anagrafe patrimoniale in formato elettronico delle zone ad alta tecnologia prima e di tutte le nostre strutture poi saranno ulteriori vantaggi della gara che permetteranno a tutto il nostro sistema tecnico di migliorare i propri livelli di conoscenza del sistema e rispondenza alle sfide future. Le zone di tutta la provincia ed in particolare tutti gli stabilimenti ospedalieri, che ormai non avevano quasi più personale operaio, hanno ora, e per la prima volta dopo anni, personale dedicato con professionalità diverse presente sia nei due turni giornalieri che nella reperibilità notturno-festiva.

Si è attivato, col sistema METIS, un sistema completamente informatizzato della attività manutentiva. Sia per le richieste di intervento (ormai possibili solo via Web e di cui rimane quindi traccia), sia per gli interventi effettuati, di cui si lascia evidenza dalla richiesta, al personale che vi ha lavorato, ai materiali che ha usato, alla chiusura dell'intervento, fino alla liquidazione della eventuale fattura. Nel sistema del programma di manutenzione MP2 che, dopo lungo lavoro fatto con Metis di Pisa oggi dialoga con il no-

stro Metis, sono anche visibili tutti gli interventi di manutenzione programmata, le sostituzioni dei filtri, le pulizie, ecc..

Da ricordare ancora, tra i "plus", che la attivazione del Global ha reso possibile la disponibilità di personale operaio - ben 14 unità - a favore di altre UU.OO. tecniche o della stessa Amm.ne.

Non siamo invece ancora soddisfatti delle seguenti situazioni:

1. le capacità professionali del personale in alcuni settori (meglio la parte idraulica e parte elettrica ed elettronica, peggio il settore edile)
2. i tempi della Ditta per i propri adempimenti di tipo straordinario, ancora troppo lunghi e "burocratici"
3. la attivazione tarda e non ancora del tutto efficace della manutenzione preventiva
4. la disponibilità a fare e la capacità di intervento della Ditta esterna sui problemi di grande impegno economico ( facciate, stratificazioni di superfici piane ecc..) dove la Ditta tende a minimizzare la propria competenza chiedendo per gli interventi somme aggiuntive.

Tra le criticità nella attivazione dell'appalto, occorre citare per ultimo un problema che invece appare grave ed insidioso; intendo il rapporto a volte difficile ed a tratti conflittuale che si è instaurato, con responsabilità reciproche, tra i nostri tecnici e la squadra di operatori e tecnici esterni. Questo, se da una parte era prevedibile ed in qualche mo-

do immancabile (da parte dei tecnici interni si instaura un meccanismo del tipo "prima facevo tutto io... ora arrivano loro... chi si credono d'essere?"), sta comunque creando tensioni e difficoltà negli interventi. E' chiaro che su questo punto stiamo lavorando da tempo e continueremo a lavorare anche con idee innovative. Un esempio potrebbe essere la effettuazione di stages da parte di Ass.ti e Coll.ri tecnici della Az. USL all'interno della Ditta esterna, per capire "dall'interno" i problemi che l'appalto implica, con scambi di esperienze anche in senso inverso. Tutti gli sforzi fatti dal R.d.C. sono comunque volti a mutare "abito mentale" degli operatori aziendali: dall'ottica del "cercare criticità" a quella di risolvere insieme.

### BIBLIOGRAFIA

- F. Guidoreni e L. Marsocci - GLOBAL SERVICE - Manutenzione e Facility management - Edizioni DEI multimedia CRESME - Il Facility management in Italia nel 2005
- Terotec - Global Service (a cura di S. Curcio) - Edizioni Il Sole 24 ore
- Terotec - Lessico del Facility Management (a cura di S. Curcio) - Edizioni Il Sole 24 ore
- O. Tronconi, A. Ciaramella, B. Pisani - La gestione di edifici e di patrimoni immobiliari - Ed. Sole 24 ore

Si ringraziano gli ingegneri M. Massanelli e R. Antonelli per la preziosa ed appassionata collaborazione.

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



www.global-links.it

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

ZACCARIA BARRIER SYSTEM

INNOVAZIONE E SICUREZZA IN SALA OPERATORIA

All'avanguardia nella produzione di abiti professionali per il settore sanitario.

La Zaccaria ha progettato e realizzato un sistema dedicato alla gestione di prodotti, confezionati con tessuti tecnici riutilizzabili, destinati alla sala operatoria: lo “ZACCARIA BARRIER System”. Obiettivo primario è quello di coniugare elevati standard di sicurezza e comfort, fattori che influiscono sulla qualità degli interventi chirurgici. Lo ZBS è un sistema dinamico in continuo sviluppo e aggiornamento in grado di incontrare, mediante la predisposizione di kits specialistici dedicati, le esigenze del team operatorio e di rispondere alle problematiche che si evidenziano durante l'attività chirurgica.

- Effetto barriera
- Impermeabilità
- Assorbenza
- Bassa emissione di particelle
- Comfort
- Antistaticità
- 70 cicli di lavaggio/sterilizzazione
- Kits personalizzati

ZACCARIA®

www.zaccariaspa.net

**GORE** assist™

Ricerca e sperimentazione...



# KLINIKline

Vince sempre  
al gioco  
del silenzio



LAVASCIUGA PAVIMENTI, ASPIRATORI, MONOSPAZZOLE  
PROFESSIONALI  
DESTINATI AL SETTORE SANITARIO

 **FIMAP**<sup>®</sup>  
*pulito italiano personalizzato*

FIMAP spa - Via Invalidi del Lavoro, 1 - 37050 S. Maria di Zevio - Verona - Italy - Tel. +39 045 6060411 - Fax +39 045 6060417 - E-mail: [fimap@fimap.com](mailto:fimap@fimap.com)

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

Numero Verde  
00800-05070000

Organizzazione certificata O.C.B. Italia ISO 9001-2000

# Il Sistema di Valutazione della Dirigenza medica e gli organi tecnici preposti

Revisione dei presupposti di un modello semplificato di operatività alla luce del rinnovo del contratto della dirigenza medica del quadriennio normativo 2002-2005

### Riassunto

Vengono ripercorsi nel presente lavoro i presupposti teorici del sistema di valutazione dei medici dirigenti del sistema sanitario nazionale alla luce del processo di ammodernamento della pubblica amministrazione. Partendo dagli elementi storici che hanno dato origine ad una nuova fase di controllo-valutazione, nel più generale contesto di riordino del settore amministrativo, si sono evidenziate le congruenze concettuali ed i collegamenti teorici sostenibili, dell'articolato percorso legislativo succeduto nel corso degli anni. Facendo costante riferimento alle leggi di riforma del settore ed alle leggi generali in materia di valutazione della dirigenza si è intravisto e proposto un modello semplificato di organizzazione che può essere una prima ipotesi di applicazione del sistema di verifica in rapporto all'applicazione delle ultime norme contrattuali. Si è richiamato e discusso, infine, sulle esigenze attuali e sulle prerogative più generali delle responsabilità dirigenziali che esigono un'importante articolazione dell'organizzazione dei controlli, a volte complessa, a garanzia della trasparenza delle procedure e di oggettivazione gli esiti della verifica.

### Summary

*This paper describes the notional premises for creating a evaluation system for doctors working in the hospitals of the Italian National Health Service, updated with the evolution of Italian laws of public administration. It starts analysing the cultural and historical elements which are at the basis of the new systems of evaluation and control; then it deals with the links among the different Italian normative laws regarding evaluation of the public administration.*

*It considers both the collective agreement of the hospitals doctors and the Italian Laws for the evaluation of the public managers.*

*A simplified model of organisation was created and suggested for the evaluation system. Focus was put on the typical aspects and requirements of managers responsibilities, creating a model that is a warrant of transparency for proceedings and for the outcomes of evaluation.*

### 1. INTRODUZIONE

I presupposti teorici per l'articolazione di un sistema di valutazione e controllo dei risultati nelle strutture sanitarie italiane risalgono ai primi anni 90 quando nel nostro paese furono emanati una serie di provvedimenti legislativi allo scopo di realizzare un grande rinnovamento della pubblica amministrazione orientandola verso un nuovo "sistema lavoro" organizzato per obiettivi e per risultati misurabili oltre che una maggiore responsabilizzazione, più diretta, dei compiti istituzionali assegnati. (1,7,8,9)

In linea generale si può dire con il passare degli anni, si era resa evidente la necessità di correggere l'inerzia e l'indifferenza nei confronti della cosiddetta responsabilità amministrativa e del sistema di controllo dell'attività che, fino ad allora, aveva contato, più semplicemente, sull'autoreferenzialità dei risultati e degli stessi quadri dirigenziali oltre che, di più assai ordinarie, verifiche di conformità degli atti alla normativa vigente. (4,7,8) Allo stesso tempo, si era realizzata l'esigenza di un miglioramento della macchina burocratica statale che fosse orientato verso una maggiore efficienza economica ed una diversa distribuzione delle risorse, più equa, ed allo scopo di enfatizzare un pregiudizievole ed ormai ineludibile riferimento a standard qualitativi di produzione dei servizi.

In particolare con il D.lgs n. 29/93 (riforma del pubblico impiego), ma anche con le leggi n. 142/90 (legge di riforma delle autonomie locali), e n. 241/90 (sul procedimento amministrativo), si sono create le

**L. Rollo,\* G.P. Callegaro,\* S. Tasso\*, G. Dal Pozzolo\*\* ,  
A.M. Brosolo\***

\*Azienda U.L.S.S. n. 8 Asolo (TV)

\*\* Azienda U.L.S.S. n. 3 Bassano del Grappa (VI)



**PAROLE CHIAVE:**

Nucleo di valutazione, valutazione della dirigenza, collegio tecnico

**KEY WORDS:**

*Evaluation board, manager evaluation, technical committee*

premesse per una revisione dottrinale e sostanziale dell'organizzazione del lavoro basata appunto sulla logica dell'obiettivo, sul sistema della responsabilità e del controllo dei risultati e secondo una dialettica dei rapporti tra le parti che enfatizza la distinzione e separazione tra il ruolo di indirizzo politico-amministrativo e di gestione vera e propria. Nelle ragioni di tale correlazione di lavoro emerge con chiarezza la rilevanza dell'elemento di controllo e viene messa in risalto l'esigenza che i vari strumenti legislativi e le diverse norme contrattuali succedute nel corso del tempo riescano a convergere, più a valle, in un obiettivo unico di razionalizzazione e miglioramento del complesso del sistema lavoro della pubblica amministrazione. (1)

## MATERIALI E METODOLOGIE

La portata della riforma della pubblica amministrazione, indetta dalla legge delega (L. 421/92), è tale che la prima normativa di riferimento, il D.lgs n. 29/93, ha beneficiato nel corso degli anni di diverse modifiche ed integrazioni (D.lgs 470/93, 546/93, L. 59/97, 127/97, D.lgs 80/98), fino ad arrivare al più consolidato D.lgs 165/01, che ha riassorbito tutti i precedenti provvedimenti, ed è stato successivamente integrato dalla L. 145/02 (funzioni dirigenziali e abbandono del ruolo unico della dirigenza).

Un passaggio importante del sistema di valutazione della dirigenza (incluso il personale del ruolo operante nel S.S.N.), sembra oggi proprio quello previsto dalla L. 145/02 allorché rimanda, tra i cri-

teri per l'affidamento e revoca degli incarichi, alla sussistenza di attitudini e capacità valutate "anche" in considerazione dei risultati conseguiti in riferimento agli obiettivi prefissati negli atti di indirizzo dell'organo di vertice della pubblica amministrazione (art. 19 comma 1). E' in tale contesto generale dei criteri per l'affidamento degli incarichi ed in quello più generale di riforma del pubblico impiego che sembra ben adeguarsi, il D.lgs 286/99 che detta norme generali per strutturare il sistema dei controlli all'interno della pubblica amministrazione.

Il D.lgs 286/99 impone alle amministrazioni dello stato di dotarsi di adeguati strumenti al fine di verificare: la legittimità e la regolarità della correttezza amministrativa, (controllo di regolarità amministrativa e contabile), l'efficacia e l'economicità dell'azione di governo per ottimizzare il rapporto costo-benefici (controllo di gestione), le prestazioni quantitative svolte dal personale con qualifica dirigenziale (valutazione dei dirigenti) ed, infine, la verifica dell'adeguatezza delle scelte compiute e degli strumenti utilizzati al fine di attuare piani e programmi (valutazione e controllo strategico). L'articolazione del sistema di controllo deve essere vista nella logica del collegamento tra i diversi elementi spostati al vaglio ed i provvedimenti previsti dall'art. 19 del D.lgs 165/01, ovvero, del sistema di conferimento e revoca degli incarichi e delle funzioni dirigenziali, così come modificato dall'art. 3 della successiva L. 145/02 che, per altro, puntualizza la non derogabilità della norma da parte dei contratti o accordi collettivi. (1,9)

L'organizzazione generale dei controlli "tal quali" così come prevista dal D.lgs 286/99 è obbligatoria per alcune amministrazioni dello stato ma è derogabile per altre amministrazioni, quando queste sono dotate di specifica e più ampia normativa di riferimento oltre che norme contrattuali complementari così come accade per le amministrazioni del S.S.N. Si richiama, in particolare, la legge di riforma n. 502/92 che introduce il principio dell'aziendalizzazione delle strutture sanitarie e da qui in avanti tutta una serie di conseguenze tecniche di ordine giuridico amministrativo. Di fatto, sono stati introdotti nelle amministrazioni sanitarie strumenti tipici dei meccanismi di impresa (contabilità analitica per centri di costo, budget, controllo di gestione, ecc.), ma nella fattispecie deve essere tenuto presente che le vecchie ULSS non sono diventate vere e proprie aziende, secondo i principi civilistici di quegli enti (3), ma sono invece divenute soggetti "misti" giacché, oltre a mancare di alcune peculiari caratteristiche delle aziende private, presentano molti degli aspetti caratteristici delle amministrazioni pubbliche a cui, peraltro, sono iscritte ai sensi del D.lgs 29/92.(7)

A proposito di organismi deputati all'attività di verifica, si ricorda che il controllo interno nelle aziende sanitarie è stato introdotto dal D.lgs 517/93 quando ancora non era stato adottato il D.lgs 29/93 con la quale si istituivano nelle P.A. i nuclei di controllo interno o nuclei di valutazione. La sostanziale identità dell'art. 3 comma sesto del D.lgs 517/93 con l'ex art. 20 del D.lgs 29/93 (... apposito servizio di controllo interno ..e.. la competenza a verificare mediante valutazione comparativa dei costi e dei rendimenti e dei risultati, la corretta economica gestione delle risorse attribuite nonché l'imparzialità e il buon andamento dell'azione amministrativa), porta a concludere che la normativa per il sistema di controllo e verifica nel testo di ri-

IL CONTROLLO STRATEGICO È STATO IDEATO FONDAMENTALMENTE PER LE AMMINISTRAZIONE DELLO STATO IN CUI SI PREVEDE UN ORGANO DI VERTICE DI CHIARO RIFERIMENTO POLITICO E RIGUARDA LA VERIFICA DI ATTINENZA ALLE DIRETTIVE E AGLI ATTI DI INDIRIZZO DEGLI ORGANI POLITICI.

forma del pubblico impiego fosse direttamente applicabile alle amministrazioni sanitarie e da qui la conclusione dell' "obbligatorietà" dell'istituzione del nucleo di valutazione nella aziende U.L.S.S., con l'individuazione dei compiti, delle modalità organizzative, ecc. (7)

I principi di responsabilizzazione e di valutazione della dirigenza affermati con il D.lgs 29/93 e rivisitati con il D.lgs 286/99 sono stati successivamente recepiti all'interno del SSN con il D.lgs 229/99 e con il CCNL 8 giugno 2000, quest'ultimo, oggi, rinnovato ed aggiornato dal CCNL 3 novembre 2005; con l'insieme delle norme citate è stata definitivamente sancita e dettagliata anche nell'ambito della dirigenza sanitaria una logica della valutazione, nell'accezione meritocratica della terminologia, oltre che una specifica strutturazione di differenziazione degli incarichi sempre da inquadrare nella prospettiva del rapporto di lavoro basato sul perseguimento di obiettivi predeterminati.

La valutazione dei dirigenti che operano nel S.S.N. ai sensi dell'art. 15 del D.lgs 229/99 e degli art. 25 e 26 del CCNL 2002-2005 (già art. 31 e 32 del CCNL 1998-2001), si effettua secondo i principi generali della regolarità, deve essere basata sulla diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del valutatore, deve garantire una seconda istanza di valutazione, deve prevedere l'adeguata informazione e partecipazione al procedimento del valutato anche attraverso forme di contraddittorio e deve garantire il principio della trasparenza dei criteri e dei risultati. In definitiva tale sistema di valutazione che si integra con i presupposti teorici della diversificazione degli incarichi e, inoltre, la distinzione tra

incarichi di struttura ed incarichi professionali con separazione tra competenze gestionali e tecnico-specialistiche, devono essere considerati oggi i paradigmi del nuovo procedere nel rapporto di lavoro del medico-dirigente e rappresentano gli strumenti di cui le aziende sanitarie si avvalgono per un modello innovativo di gestione delle attività e di verifica degli incarichi.

Nel complesso, però, delle varie norme sui sistemi di valutazione succedutesi nel corso degli anni, a volte non perfettamente congruenti, è bene precisare alcuni aspetti di ordine pratico circa la loro applicabilità; viene richiamato in particolare il principio giuridico di "specialità" ovvero del sopravanzare delle norme di tipo specialistico rispetto a quelle di ordine generale nella situazione di pletora regolamentatoria quando persistano dubbi e difficoltà di interpretazione delle stesse. Nel nostro caso è il D.lgs 286/99 che per quanto riguarda alcuni aspetti di ordine pratico e, non certo per l'impianto generale dei presupposti e degli obiettivi di legge, viene ad essere derogato dalle norme del combinato D.lgs 502/92, 229/99 e dei CCNL dell'8 giugno 2000 e del 3 novembre 2005.

Nel caso dell'ordinamento previsto dal D.lgs 286/99, infatti, posto che sul controllo interno di regolarità amministrativa e contabile esistono già appositi organi deputati alla verifica e che per quanto riguarda il controllo di gestione occorre individuare una o più strutture (uffici) dedicate, per l'importanza della funzione da svolgere, alcuni problemi sembrano sorgere invece, ad esempio, negli ambiti di valutazione, così come individuati nella norma generale, per

quanto attiene alla valutazione del cosiddetto controllo strategico.

Il controllo strategico è stato ideato fondamentalmente per le amministrazioni dello stato in cui si prevede un organo di vertice di chiaro riferimento politico (es. ministero), e riguarda la verifica di attinenza alle direttive e agli atti di indirizzo degli organi politici. Tale fattispecie gerarchica poco si adatta, sembra, alla figura del direttore generale delle aziende U.L.S.S. considerando che le norme gli attribuiscono soltanto poteri di gestione.

Ma l'argomento principale che sconsiglierebbe l'istituzione di un meccanismo di controllo strategico all'interno delle aziende del SSN è correlato al sistema di conferimento e revoca degli incarichi che, negli ultimi tre accordi sindacali, legano abbastanza indissolubilmente il sistema di valutazione dei dirigenti a due parametri: i risultati di gestione e l'osservanza delle direttive ad atti di indirizzo più tecnici che politici in senso stretto. (9) Vi è cioè una situazione assai diversa da quella prevista dal D.lgs 286/99 per le amministrazioni statali, dove lo stesso articolo 5 prevede che queste valutino, in coerenza con quanto stabilito dai contratti collettivi, le prestazioni dei propri dirigenti secondo modelli ben caratterizzati all'interno dei CCNL.

In conclusione dei ragionamenti fin qui esposti si rimanda, per l'odierna organizzazione del sistema di controllo della dirigenza sanitaria, al capo IV del CCNL 2002 - 2005, agli articoli da 25 a 28 (in sostituzione dei 31 e 32 del precedente accordo), che disciplinano i modi di attuazione della valutazione secondo alcuni principi generali (articolo 25), individuando gli organi specifici (articolo 26), e alcune procedure standard (articolo 27).

L'allegato n. 5 dello stesso accordo sindacale, infine, un'esemplificazione dei soggetti deputati alla verifica di cui all'art. 26 comma 2.



## RISULTATI - DISCUSSIONE

### Verifica valutazione annuale

Tale tipologia di verifica riguarda tutti i dirigenti ed ha alla base il processo di budget essendo collegato al meccanismo per l'erogazione di quota parte di salario in virtù del raggiungimento dell'obiettivo annuale previsto. La valutazione diventa importante in particolare per i dirigenti di struttura (complessa e/o semplice), a cui è stato affidato un budget finanziario e, oltre a verificare l'effettivo raggiungimento dell'obiettivo senza significativi scostamenti sull'impegno di risorse previsto, deve accertare una certa congruenza dei modelli gestionali utilizzati.

Per tutti gli altri dirigenti (non responsabili di struttura), deve essere valutato il contributo specifico per il raggiungimento dell'obiettivo in particolare: l'osservanza delle direttive impartite nel raggiungimento dei risultati in relazione all'incarico attribuito, il raggiungimento di un quorum minimo di obiettivi prestazionali espressamente affidati, e, infine, l'impegno e la disponibilità nell'articolazione dell'orario di lavoro rispetto al conseguimento dell'obiettivi.

Tale sistema, con i rispettivi contenuti della valutazione, è confacente alla strutturazione del meccanismo di base del rapporto di lavoro (impegno ordinario per il raggiungimento dell'obiettivo con quota parte salariale collegata al conseguimento del risultato), ed è affine del meccanismo di attribuzione e revoca degli incarichi dirigenziali che a questo punto riveste sempre maggiore importanza nelle dinamiche interne dei rapporti di lavoro.

Dalla lettura del testo contrattuale si evidenziano due elementi che dovrebbero caratterizzare la valutazione annuale: l'imprescindibile comunicazione ex ante degli obiettivi verso tutti i dirigenti (passaggi contrattuali riportati nel testo prima in sottolineato), e l'utilizzo di ulteriori metodologie di rilevazione

dei risultati (certificazione? Autovalutazione?), ove l'organo valutatore individuato (nucleo di valutazione), non riesca a soddisfare tutti i criteri di verifica con gli strumenti ed i flussi informativi offerti dal controllo di gestione (es. disponibilità e impegno del dirigente sotto-ordinario all'articolazione dell'orario di lavoro). Nel primo caso si deve per forza di cosa presumere, alla base della comunicazione degli obiettivi, un passaggio negoziale esplicito, anche formale, e tale modalità di rapporto tra i diversi livelli dirigenziali, sembra rafforzare ancora di più il meccanismo di budget rendendolo più pregnante (correlazione tra raggiungimento obiettivo, direttive impartite e risorse umane affidate in concreto), più capillare e coinvolgente (all'interno della struttura è data rilevanza al singolo professionista con possibilità di formalizzare anche singoli obiettivi nel contratto individuale).

Nel caso degli ulteriori strumenti di misura, di compendio ai risultati del controllo di gestione, sembra evidente che un solido riferimento dovrà essere svolto dal dirigente sovraordinato e non soltanto per quanto riguarda la disponibilità dell'articolazione dell'orario di lavoro, che non vuol dire certo la soddisfazione del debito orario, ma anche per quanto concerne la corrispondenza alle direttive impartite nel raggiungimento dei risultati da parte del sottoposto (es.: valutazione ed oggettivazione di equivalenti impegni di lavoro in ambito ambulatoriale, di reparto, di sala operatoria, di guardie attive, di introduzione di nuove tecnologie sanitarie, ecc.)

In definitiva, anche per il coinvol-

gimento del dirigente sovra-ordinato nelle procedure di conferimento e revoca degli incarichi ma soprattutto per i criteri generali del sistema di valutazione (diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del valutatore, garanzia di una seconda istanza di valutazione), ed, infine, per la necessità di sviluppare la pluri-direzionalità della metodologia negoziale e di budget, sembra possibile intravedere ed ipotizzare un'organizzazione del sistema di valutazione annuale che preveda un passaggio di 1<sup>a</sup> istanza a cura del dirigente sovra-ordinato, e di garantire un passaggio di seconda istanza, tramite un organo di controllo terzo (nucleo di valutazione), in grado di integrare tecnicamente la valutazione complessiva con garanzie di imparzialità, trasparenza e terzietà. La fattispecie appena descritta è congruente in particolare ed, anche, per il passaggio di cui all'ultimo capoverso dell'allegato n. 5 ove viene specificato il rinvio al comma 3 dell'art. 26 (valutazione annuale - nucleo di valutazione) dell'ultimo accordo sindacale, mentre non sembrano esservi dubbi sui soggetti preposti alla prima e seconda istanza delle altre tipologie di valutazioni direttamente ben esemplificati nel contesto dello stesso allegato n. 5. In ogni caso, si ricorda, che specifico richiamo all'organismo "nucleo di valutazione" viene effettuato dal D.lgs 502/92 (e successive integrazioni) all'art.15 (comma 6) nel capitolo della disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie.

Si ricorda ancora che il sistema di attribuzione degli incarichi avviene sempre o, più spesso, tramite il

LA VALUTAZIONE DIVENTA IMPORTANTE IN PARTICOLARE PER I DIRIGENTI DI STRUTTURA (COMPLESSA E/O SEMPLICE), A CUI È STATO AFFIDATO UN BUDGET FINANZIARIO E, OLTRE A VERIFICARE L'EFFETTIVO RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO SENZA SIGNIFICATIVI SCOSTAMENTI SULL'IMPEGNO DI RISORSE PREVISTO, DEVE ACCERTARE UNA CERTA CONGRUENZA DEI MODELLI GESTIONALI UTILIZZATI.

coinvolgimento del dirigente sovra-ordinato che, con atto scritto e motivato propone l'attribuzione di una determinata funzione e posizione "ad personam" grazie sempre alla conoscenza diretta dell'interessato ed è anche quest'ulteriore elemento sembra fornire buona congruenza al coinvolgimento dello dirigente sovra-ordinato nella valutazione annuale. Tale passaggio, come si già riportato, tiene o dovrebbe tenere conto delle misure ed indicatori forniti dal controllo di gestione vale a dire di una situazione di analisi, di solito, colma di dettagli oggettivi e/o ogget-

## valutazione annuale di 1<sup>a</sup> istanza a cura del responsabile sovra-ordinato

SOGGETTO VALUTATO	ORGANO VALUTATORE
Dirigenti Medici	Direttore Struttura Complessa
Responsabili Struttura Semplice	Direttore Dipartimento
Direttore Struttura Complessa	Direttore Dipartimento
Direttore Dipartimento	Direttore Generale (o altro soggetto delegato secondo atto aziendale)

all n. 5 CCNL 3 novembre 2005

tivabili; data proprio quest'ultima caratteristica ed essendo, inoltre, che tale controllo nel nuovo contratto della dirigenza non soltanto è enfatizzato (art. 27 comma 1 lettera c e comma 2 lettera a, b e c), ma viene anche inserito, come elemento aggiuntivo nel sistema delle altre valutazioni al fine dell'affidamento e revoca degli incarichi (art. 27 comma 3, così come anche previsto dalla già ricordata L. 145/2002 - art. 3, comma 1, lettera a), ne deriva che la valutazione annuale riveste ad oggi e, da oggi, particolare importanza nel sistema generale della valutazione. In altri termini, nel presente approfondimento, si ritiene evidenziare l'importanza della strutturazione della valutazione annuale se non altro per le difficoltà di apporre riscontri oggettivi e motivazioni tecnicamente sostenibili, in un'ipotesi di valutazione negativa nelle ve-

rifiche di fine incarico, a fronte di valutazioni annuali positive e favorevoli specialmente se lo strumento di verifica è ben strutturato (meccanismi procedurali attivati, trasparenza delle procedure, requisito di terzietà, autorevolezza dei partecipanti, ecc.).

Viste le premesse fin qui raccolte vista anche la scarsa praticabilità dell'unica alternativa dell'organizzazione della valutazione annuale di 1<sup>a</sup> istanza (nucleo di valutazione con il coinvolgimento del dirigente sovra-ordinato e con passaggio di 2<sup>a</sup> istanza ad altro organismo aziendale che non può che essere il direttore generale),<sup>(5)</sup> una possibilità di organizzazione del sistema di valutazione annuale può prevedere i seguenti passaggi:

Uno strumento molto semplice di valutazione può essere, ad esempio, una scheda-relazione di valutazione, con specifiche o parti di auto-valutazione, che riesca a descrivere il raggiungimento degli obiettivi predeterminati e formalizzati in fase di negoziazione dell'esercizio di previsione annuale accludendo, eventualmente, se ritenuto opportuno, tabelle e prospetti analitici non sovrapponibili ma complementari alle misure ed indicatori del controllo di gestione. Tale impostazione garantirebbe sicuramente l'oggettivazione dei protocolli ed il coinvolgimento, oltre che la motivazione, dei dirigenti quale presupposto di buona sistematicità e trasparenza metodologica. Su tale scheda di valutazione del singolo dirigente il responsabile sovra-ordinato può esprimere il proprio giudizio comprovando le evidenze riportate, giustificando le mi-

sure e l'eventuali cause di scostamento del raggiungimento degli obiettivi di budget previsti o, nel caso di esito negativo, contro-producendo le osservazioni più utili. Nella verifica di 2<sup>a</sup> istanza la valutazione avviene sui riscontri del controllo di gestione e acquisisce maggiore pertinenza nei casi dei dirigenti di struttura complessa e semplice dotati di budget finanziario dovendo accertare l'esito complessivo del raggiungimento degli obiettivi dell'unità operativa nella sua integrità funzionale. L'unità di produzione fondamentale (unità operative propriamente dette: reparti e servizi), è da considerare nella sua integrità di capacità organizzativa ed allo stesso tempo nella sua autonomia di capacità di produzione dei singoli protocolli clinico-organizzativi ovvero delle "linee di produzione". E' su tali unità fondamentali che del resto si estrinsecano la maggior parte degli indicatori di esito che insieme alla valutazione dell'efficienza economica descrivono le singole performance di reparti e servizi ed è, inoltre, su tale prospetto organizzativo che si dispiega il più importante proposito gestionale dell'azienda sanitaria ovvero la programmazione intesa come definizione degli obiettivi, delle attività e delle risorse necessarie al loro conseguimento per il tramite dello strumento di budget. E' in questa fase, infine, che il sistema di valutazione trova il massimo giovamento dal requisito della terzietà di giudizio attraverso un'impostazione che prevede un organismo univoco e trasversale che riesca ad estrinsecare uniformità delle procedure ed imparzialità. Le norme contrattuali, peraltro, specificano tre elementi di valutazione in buona parte incentrati sulla qualificazione del meccanismo del raggiungimento dell'obbiettivi e cioè:

a) *la gestione del budget finanziario formalmente affidato e delle risorse umane e strumentali effettivamente assegnate in relazione agli obiettivi concordati e risultati conseguiti;*



- b) ogni altra funzione gestionale espressamente delegata in base all'atto aziendale;
- c) l'efficacia dei modelli gestionali adottati per il raggiungimento degli obiettivi annuali.

(Art. 27 comma 1 punto 1 CCNL3 novembre 2005)

L'organo predisposto può garantire un giudizio complessivo quindi sulla base dei riscontri ufficiali del controllo di gestione e di una relazione sintetica del responsabile sovra-ordinato (capo-dipartimento), esprimendo un giudizio definitivo e ratificando le valutazioni di 1<sup>a</sup> istanza di tutti i dirigenti prodotte dall'ex "primario" tramite la scheda tecnica semplificata a garanzia della doppia istanza della valutazione. Con questo procedere si può gestire la seconda istanza di valutazione di tutti i dirigenti e dello stesso responsabile di struttura attraverso un set di misure indubbiamente forti, formali ed autorevoli per garanzia dello stesso controllo di gestione e contemporaneamente si esplica il passaggio formale della prima istanza di valutazione degli stessi responsabili.

In altri termini mentre la prima istanza per i dirigenti non responsabili di struttura acquisisce maggiore importanza perchè si può avvalere della conoscenza assai stretta e continuativa, praticamente quotidiana, del valutato da parte del valutatore, nel caso del responsabile di struttura tale passaggio, anche se ugualmente e formalmente previsto, è giustamente meno cogente (o sostanziale) rispetto a quello del budget, venendo progressivamente meno la stretta conoscenza del valutatore sul valutato e sopravanzando di parecchio nell'importanza complessiva del sistema valutazione le prerogative dell'unità di produzione nella sua interezza e della fase di contrattazione (meccanismo d'impresa), tramite il budget che tra l'altro dovrebbe avvenire in più riprese nell'arco dell'anno (reporting) e quindi

di con un monitoraggio abbastanza continuo degli elementi di riscontro.

A tal proposito si pensa che il nucleo di valutazione, nel caso della seconda istanza dei dirigenti non responsabili di struttura, debba dare maggiore importanza alle procedure utilizzate dal dirigente sovra-ordinato per la stesura della scheda tecnica piuttosto che agli esiti della valutazione vera e propria, focalizzando attenzione sui riscontri di effettivo coinvolgimento del dirigente sotto-ordinato (criteri di oggettivazione del giudizio), che, si ricorda, potrà essere ascoltato, per contraddittorio, dallo stesso nucleo di valutazione eventualmente accompagnato da persona di sua fiducia. (art. 29 CCNL 3 novembre 2005).

#### **Verifica e valutazione di fine incarico e di istituti contrattuali (indennità di esclusività)**

Il sistema di valutazione riguarda fondamentalmente le capacità tecnico professionali e specialistiche dei dirigenti con un' enfasi sempre più accentuata all'appropriatezza clinica delle prestazioni.

Le verifiche pluri-annuali dell'attività svolta sono necessarie, oltre che al termine dell'incarico espressamente affidato, anche per i dirigenti di nuova assunzione al termine del primo quinquennio di servizio e per i dirigenti che raggiungono l'esperienza professionale ultraquinquennale in relazione all'indennità di esclusività.

L'organo di valutazione di 1<sup>a</sup> istanza è identificato nel dirigente sovra-ordinato, analogamente a quanto previsto nella valutazione annuale e secondo quanto meglio esemplificate dall' all. n. 5 del CCNL 3 novembre 2005. Il responsabile, in base alle proprie osservazioni, sempre motivate ed oggettivabili, alla scadenza degli incarichi conferiti e comunque nelle occasioni previste dall'art. 26 comma 2 del CCNL 3 novembre 2005, produce secondo modelli definiti a priori, relazione sintetica

sul dirigente interessato allegando ogni ulteriore prospetto analitico ritenuto utile e proponendo giudizio positivo o negativo sull'attività svolta dal valutato secondo i criteri generali prima descritti. In particolare si dovrà essere tenuto conto di (Art 28 CCNL 3 novembre 2005):

- grado di collaborazione e partecipazione multi-professionale nell'organizzazione dipartimentale;
- livello di espletamento delle funzioni affidate nella gestione delle attività;
- capacità di motivare, guidare e valutare i collaboratori e di generare un clima favorevole di produttività;
- risultati delle procedure di controllo con particolare riferimento, per i medici, dell'appropriatezza e qualità clinica delle prestazioni;
- gestione e promozione delle innovazioni tecnologiche;
- osservanza degli obiettivi;
- rispetto del codice di comportamento allegato al CCNL 1994-97

raggiungimento del minimo credito formativo ai sensi dell'art. 16 ter. Comma 2 D.lgs 502.

L'organo di valutazione di 2<sup>a</sup> istanza viene identificato dal cosiddetto collegio tecnico che, sulla base delle evidenze di 1<sup>a</sup> istanza prodotte dal dirigente sovra-ordinato, e sulla base dell'esito delle valutazioni annuali conseguite dai dirigenti nel corso del periodo in esame, elabora una propria scheda di valutazione esprimendo un giudizio definitivo sulle capacità: relazionali, operative, di gestione delle risorse umane, di governo clinico, di innovazione, di rispetto degli obblighi formativi, di osservanza degli obblighi prestazionali, etico-deontologiche ed altre caratteristiche riferite ed indicate nella programmazione aziendale.

## **CONCLUSIONI**

In conclusione del presente approfondimento si vorrebbe affer-

mare che il sistema di valutazione della dirigenza medica, così come descritto e riassunto appare articolato e, per alcuni aspetti, può apparire anche complesso. Tali caratteristiche corrispondono probabilmente alla necessità di preservare contemporaneamente diverse garanzie in diversi ambiti di esercizio a cominciare dalla corrispondenza del sistema alle prerogative dirigenziali, peculiari, del medico dipendente.

Egli esercita, infatti, con proprie scelte di campo un continuo e progressivo impiego di risorse in un ambito caratteristico e molto particolare a volte con standard di riferimento, ovvero dei protocolli clinico-sanitari, non sempre ben identificati, situazione al quale è comunque vincolato da un contratto di prestazione d'opera sottoscritto per conto dell'amministrazione d'appartenenza. Tale specificità di vincolo, contemporaneo e doppio verso il paziente e verso l'azienda, espone il sanitario a diverse tipologie di responsabilità (dirigenziale, disciplinare, civile, penale), a cui è chiamato a rispondere sempre più frequentemente ed in maniera sempre più diretta ed importante. A ciò si deve aggiungere un ulteriore fattore di disagio dovuto alla contrapposizione tra le "pulsioni" della cosiddetta medicina difensiva e la sempre più esplicita indicazione di servizio verso l'appropriatezza delle prestazioni e alla corrente dell' "evidence based medicine" che pongono la figura attuale del medico in una posizione più delicata rispetto al passato.

Anche la compiuta privatizzazione del pubblico impiego e la conseguente contrattualizzazione del rapporto di lavoro degli operatori ha segnato un momento fondamentale nel corpus normativo sulle cause di estinzione dei rapporti di dipendenza avviando la nuova dimensione della facoltà di risoluzione del rapporto in osservanza al principio della parità giu-

ridica dei contraenti (datore - lavoratore), facendo richiamare attenzione a tutti gli elementi potenzialmente costitutivi la cosiddetta "giusta causa".

Sembra evidenziarsi quindi la necessità di procedere nel complesso modo della valutazione secondo criteri concettuali e presupposti di base che fanno riferimento alla trasparenza delle metodologie, alla garanzia aggiuntiva della terzietà di giudizio ed alla possibilità di oggettivare i contenuti specifici della valutazione, tutti elementi, questi, più volte ribaditi negli accordi contrattuali precedenti e nell'ultima intesa sindacale. Il riferimento a strumenti di misura quanto più semplici ed aperti possibile sembra, quindi, essere di ausilio al procedere speditamente nell'articolata organizzazione delle verifiche per corrispondere a delle tempistiche gestionali, come ad esempio quelle del budget, che invece non lascia eccessivo margine di operatività. Nonostante l'importanza e la delicatezza dell'argomento trattato viene però da ribadire quanto, peraltro, già segnalato anche nella scarsa bibliografia sull'argomento e cioè che, a fronte di un'esperienza legislativa evoluta e consolidata da diversi anni e di norme contrattuali specifiche, sembra ancora difficile in Italia la diffusione di un approccio metodologico sistematico ed uniforme di valutazione intesa come strumento di gestione e di miglioramento; le cause di tale stato di fatto, probabilmente anche ben intraviste, (6) sembrano porre ancora eccessivo ritardo a quel sistema che in altri paesi viene anche indicato come "reiventig government" e la cui origine è avvenuta anche successivamente allo svolgersi del dibattito italiano sul miglioramento della pubblica amministrazione.

## BIBLIOGRAFIA

1. Antonelli V. *Il nuovo ruolo del Dirige-*

*nte Pubblico. Il funzionamento dei ruoli dei dirigenti e la definizione del provvedimento di incarico. I sistemi di valutazione della dirigenza nelle pubbliche amministrazioni dello stato.* [www.funzionepubblica.it/docs\\_pdf/Volume\\_Luiss\\_valutazione\\_dirigenti.pdf](http://www.funzionepubblica.it/docs_pdf/Volume_Luiss_valutazione_dirigenti.pdf)

2. Bianco A. *Il sistema di affidamento degli incarichi e i sistemi di verifica e di valutazione dei dirigenti. Atti Conv. Il CCNL della Dirigenza Medica. Uno strumento di governo della aziende sanitarie.* ANAAO 2005; atti Conv San Gimignano.

3. Balzamo P.P. *I dubbi interpretativi introdotti dalle riforme. Aziende Ssn: enti pubblici sì, ma non economici. Più autonomia con Dlgs 502/92, L'attività d'impresa è un fine accessorio. Il Sole 24 Ore Sanità.* 2004; 37: 22 - 23.

4. Codiposti V. Tamassia L. *Metodiche per i controlli, le valutazioni e la produttività nella pubblica amministrazione.* Napoli: Sistemi Editoriali SE, 2006.

5. Lorenzini V. *E se il nucleo di valutazione si chiamasse "savv"?.* Il sole 24OreSanità. 2003; 31: 10 - 11.

6. Martini M. *La Valutazione nelle aziende sanitarie: tipizzazione e approccio metodologico.* [www.valutazioneitalia.it/documenti/bologna/Relazione%20sintetica%20paper%20%20Bologna%202002/martinipaper.pdf](http://www.valutazioneitalia.it/documenti/bologna/Relazione%20sintetica%20paper%20%20Bologna%202002/martinipaper.pdf)

7. Pilato S. *Trasparenza amministrativa e devianza finanziaria negli enti locali* [www.jus.unitn.it/appalti/dottrina/pilato/art.icolo.htm](http://www.jus.unitn.it/appalti/dottrina/pilato/art.icolo.htm)

8. Spinelli C. *Il dirigente pubblico quale datore di lavoro nelle pubbliche amministrazioni: poteri e responsabilità.* [www.risorseumane.maggioli.it/tid/3914474](http://www.risorseumane.maggioli.it/tid/3914474)

9. Spinello M. *La valutazione dei dirigenti. Controlli strategici incrociati.* Il sole 24 Ore Sanità 2001; 29: 2.

## RIFERIMENTI NORMATIVI

L. n. 142/90 - *Ordinamento delle Autonomie locali.*

L. n. 241/90 - *Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi.*

L. n. 421/92 - *Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione del-*



le discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, impiego, di previdenza e di finanza territoriale.

D.lgs n. 470/93 - Disposizioni correttive del D.lgs 3 febbraio 1993, n. 29, recante razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego.

D.lgs n. 546/93 - Ulteriori modifiche al D.lgs 3 febbraio 1993, n. 29 sul pubblico impiego

D.lgs n. 29/93 - Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego a norma dell'art. 2 della L. 23 ottobre 1992, n. 42.

L. n. 59/97 - Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa.

L. n. 127/97 - Misure urgenti per lo snellimento dell'attività amministrativa e di procedimenti di decisione e di controllo.

D.lgs n. 80/98 - Nuove disposizioni in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nelle amministrazioni pubbliche, di giurisdizione nelle controversie di lavoro e di giurisdizione amministrativa, emanate in attuazione dell'art. 1, comma 4 della legge 15 marzo, n. 59.

D.lgs n. 165/01 - Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche.

L. n. 145/02 - Disposizioni per il riordino della dirigenza statale e per favorire lo scambio di esperienze e l'interazione tra pubblico e privato.

D.lgs n. 286/99 - Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'art. 11 della L. 15 marzo 1997, n. 59.

D.lgs n. 502/92 - Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421.

D.lgs n. 517/93 - Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.

502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

D.lgs n. 229/99 - Norme per la razionalizzazione del Ssn, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.

CCNL 8 giugno 2000 Contratto Collettivo Nazionale del lavoro dell'area relativa alla dirigenza medica e veterinaria 1998 - 2001. Parte normativa quadriennio 1998 - 2001 e parte economica biennio 1998 - 1999.

CCNL 5 dicembre 1996 Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro dell'area della Dirigenza Sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa del Comparto sanità per gli aspetti normativi relativamente al quadriennio 1994 - 1997 e per il biennio 1994 - 1995.

CCNL 3 novembre 2005 Contratto dell'area della Dirigenza Medica-Veterinaria del S.S.N. Parte normativa quadriennio 2002 - 2005 parte economica biennio 2002 - 2003.



Dussmann-Service

*dal 1971  
al vostro servizio*

**Sede Operativa:**

Via Grumello, 23/c

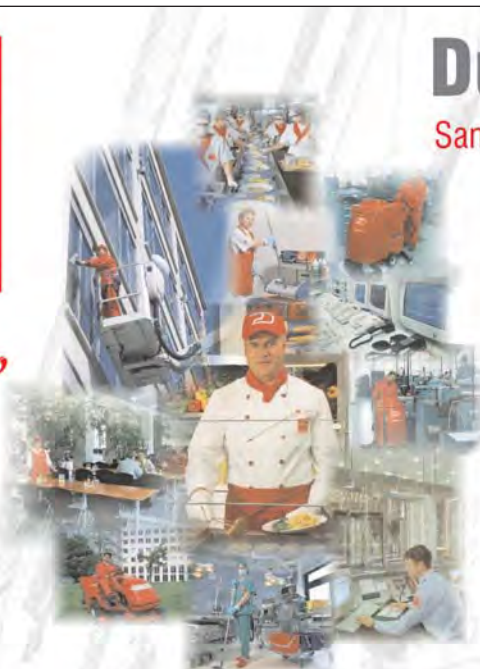
24127 Bergamo

Tel 035.408.111

Fax 035.408.499

@ info@dussmann.it

web www.dussmann.it



## Dussmann Service srl

Sanificazione Ristorazione Servizi Ausiliari Pulizie

**SERVIZI INTEGRATI**

Facility Management

**SERVIZI ALLA PERSONA**

Ristorazione

Distributori automatici

Pulizia e sanificazione

Portierato e vigilanza

Gestione foresteria

Centralino e posta

Accoglienza

Guardaroba e lavanolo

**SERVIZI ALL'ORGANIZZAZIONE**

Piccola manutenzione

Gestione spazi

Gestione magazzini

Logistica interna

Logistica del farmaco

**SERVIZI AUSILIARI ALL'INDUSTRIA**

Gestione dei rifiuti

Igiene ambientale

Cura del verde

**Sanitario**

**Scolastico**

**Terza età**

**Aziendale**

**Forze armate**



Bergamo

Padova

Pisa

Napoli

Trento

Torino

Modena

Olbia

Roma

## La rete regionale per le malattie rare in Emilia Romagna

### Riassunto

L'Italia è tra i pochi paesi al mondo che ha normato ed organizzato una rete nazionale per l'assistenza dei pazienti affetti da malattie rare con il DM 279/2001. In Emilia Romagna è stata quindi definita la rete dei centri autorizzati per la diagnosi, terapia e follow-up delle malattie rare e per i pazienti con queste patologie è stato predisposto uno specifico percorso per la certificazione e la conseguente esenzione. Per queste patologie è stata prevista la possibilità di concedere a carico del Sistema Sanitario Regionale farmaci non presenti nei LEA, ma essenziali per i pazienti, previo parere di una commissione regionale. Particolare attenzione è prestata alla organizzazione di reti Hub & Spoke per patologie o gruppi di patologie rare ed alla implementazione di un Sistema Informativo regionale per le Malattie Rare.

### Summary

*Several years ago, the Italian Ministry of Health issued a decree formally regulating the management of rare diseases (DM 279/2001). Italy is one of the few countries in the world to have established said regulations and to have set up a national network for the care of patients with rare diseases. The Region of Emilia-Romagna has specifically established its own network of authorized centers for the diagnosis, treatment, and follow-up of such patients. Patients follow a specific pathway that leads to formal certification of the disease and exemptions from out-of-pocket costs related to the disease. Subject to the decision of a regional committee, the Regional Healthcare System will pay for the drugs not generally covered by the Health Care System, but essential to the treatment of patients with rare diseases. We focus on the organization of the Hub & Spoke network of facilities for the care of patients with rare diseases divided by disease or by group of diseases and on the implementation of a regional Information System for Rare Diseases.*

**L. Favero °, S. Liverani \*, E. Rozzi \*, M. Volta\***

° Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

\* Assessorato Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia-Romagna

### QUANDO UNA MALATTIA VIENE DEFINITA RARA

Le malattie rare sono condizioni morbose poco frequenti per de-

finizione, ma anche poco conosciute, poco studiate e spesso mancanti di una terapia adeguata. Poiché le malattie rare non costituiscono un riconosciuto grup-

po nosologico di malattie, ma un gruppo eterogeneo di affezioni caratterizzate solo dalla comune bassa prevalenza, è evidente che esse possono venire a comprendere un numero diversificato di malattie a seconda di quale sia il limite di prevalenza nella popolazione considerato per dare l'attributo di raro ad una forma patologica.

Una definizione univoca di malattia rara non esiste. L'unica definizione ufficiale esistente, e pertanto più frequentemente riportata, è quella del Congresso USA che ha fissato in 200.000 abitanti il numero massimo degli affetti in tutti gli Stati Uniti da una malattia per essere considerata come rara, cioè circa un caso ogni 1.200 persone. In Europa, secondo le indicazioni del Programma d'azione Comunitario sulle malattie rare 1999-2003, vengono definite rare le malattie che hanno una prevalenza inferiore a 5 per 10.000 abitanti nell'insieme della popolazione comunitaria. Altri paesi hanno adottato altre definizioni. L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera almeno 5.000 le malattie e le sindromi che si possono considerare rare.

Di queste la maggioranza sono malattie causate da un'anomalia genetica. Va precisato che molte malattie sono rare in alcune aree geografiche o in alcune popolazioni e più frequenti in altre per ragioni legate a fattori genetici, alle condizioni ambientali, alla diffusione di agenti patogeni, alle abitudini di vita. Per la maggior parte delle malattie rare mancano dati precisi sulla frequenza, poiché per pochissime di loro esiste un sistema di notificazione dei





**PAROLE CHIAVE:** Malattie rare, percorso del paziente, rete regionale, farmaci orfani

**KEY WORDS:** Rare diseases, patient clinical pathway, regional network, orphan drugs

casi a livello nazionale od internazionale.

### Il Decreto Ministeriale del 18 maggio 2001

In Italia la modalità di assistenza ai pazienti affetti da malattia rara è stata normata dal Ministero della Salute con il Decreto n.279 del 18/5/2001. Con tale decreto vengono definiti due importanti aspetti relativi all'assistenza del paziente:

- l'istituzione della rete nazionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare;
- l'elenco delle malattie rare riconosciute.

Per quanto riguarda la rete, questa è costituita da centri di alta specializzazione individuati dalle Regioni; i centri individuati devono rispondere a diversi requisiti, tra i quali:

- documentata esperienza di attività diagnostica e terapeutica specifica per le malattie rare;
- idonea dotazione di strutture di supporto;
- dove richiesto, servizi per l'emergenza e la diagnostica biochimica e genetico-molecolare.

Il Decreto invita inoltre le Regioni ad individuare Centri interregionali che hanno il compito di raccogliere i dati regionali inerenti le malattie rare, nonché di coordinare i presidi della Rete. La raccolta dei dati da parte delle Regioni punta alla creazione di un Registro Nazionale delle malattie rare.

Riguardo l'elenco delle malattie rare, l'allegato al Decreto riporta circa 350 malattie rare, classificate in 16 gruppi secondo la branca patologica a cui ogni malattia appartiene. Le modalità di codifica

sono riportate in Figura 1.

I pazienti affetti dalle malattie comprese in questo elenco godono di numerosi diritti, tra cui:

- l'erogazione in regime di esenzione dalla partecipazione al costo per tutte le prestazioni finalizzate alla diagnosi, comprese, nel caso in cui la malattia rara sospettata sia di origine genetica, le indagini genetiche sui familiari;
- l'erogazione in regime di esenzione dalla partecipazione al costo per tutti i farmaci e le prestazioni inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

L'applicazione del modello in Regione Emilia-Romagna

Le indicazioni contenute nel Decreto Ministeriale n.279/01 sono state recepite dalla Regione Emilia-Romagna con la Delibera di

Le malattie rare inserite in questo elenco sono contraddistinte da un codice di esenzione specifico:

**RX0000**

**R:** identificativo di malattia rara;  
**X:** lettera maiuscola identificativa della branca di appartenenza della patologia;

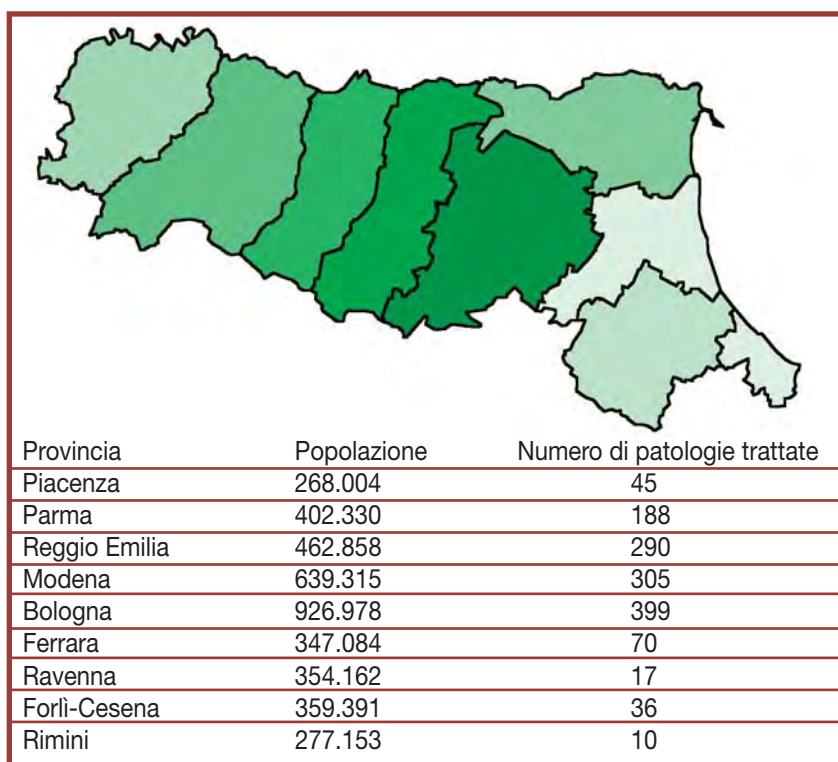
**0000:** serie di 4 cifre identificative della singola malattia.

Vi sono alcune malattie raccolte in sottogruppi; la codifica dei sottogruppi in questo caso riporta anche una **G** e viene modificato in **RXG000**.

**Figura 1: I codici di esenzione del DM 18/5/2001**

Giunta Regionale (DGR) n.160 del 2 febbraio 2004 e dettagliate nello specifico con la circolare applicativa n.18 del 24 novembre 2004. Il primo obiettivo della DGR è stato l'individuazione della Rete regionale per la prevenzione, la diagnosi e la terapia delle Malattie Rare.

**Figura 2. Distribuzione territoriale dei centri autorizzati regionali**



Tale rete è costituita dalle diverse Aziende Sanitarie presso le quali insistono i Centri Autorizzati alla certificazione e al trattamento delle singole Malattie Rare identificate secondo la codifica indicata nel DM 279/01.

La distribuzione dei centri sul territorio regionale è rappresentata in Figura 2.

La delibera prevede che i compiti dei centri autorizzati siano in sintesi:

- Certificazione di diagnosi di malattia rara.
- Redazione di una scheda tecnica riportante dati anagrafici, anamnestici, clinici, strumentali e di laboratorio di ogni paziente diagnosticato.
- Predisposizione del piano terapeutico personalizzato (PTP).

La certificazione di malattia rara e il PTP devono essere predisposti secondo una modulistica comune a tutta la Regione, come da modello allegato alla DGR. La certificazione di diagnosi redatta dal Centro Autorizzato consente all'Azienda Sanitaria di residenza di rilasciare il certificato di esenzione, così che il cittadino possa fruire di tutte quelle prestazioni incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza relativamente alla patologia di cui è portatore. Il PTP deve riportare, oltre ai dati

anagrafici ed anamnestici del paziente, i farmaci e le prestazioni necessarie al paziente stesso e il termine di scadenza del piano. Il medico deve assicurarsi che tale piano venga inviato all'Azienda Sanitaria di residenza dell'assistito e deve comunicare alla stessa ogni variazione dello stesso.

Il percorso assistenziale del paziente è stato specificato nella Circolare applicativa n.18 del 24 novembre 2004, come evidenziato nella Figura 3.

E' prevista la possibilità che un Centro della Rete possa prescrivere farmaci non inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza per un paziente affetto da malattia rara, qualora tale farmaco sia ritenuto indispensabile.

Il medico del Centro può richiedere che tali farmaci vengano erogati in esenzione dalla partecipazione al costo, compilando uno specifico modulo, in cui deve indicare le motivazioni per le quali si ritiene necessaria la specifica prescrizione.

L'iter di autorizzazione prevede che il Centro invii la pratica - comprendente la scheda di prescrizione, il certificato di diagnosi e il piano terapeutico personalizzato - all'Azienda USL dell'assistito, la quale provvederà ad inoltrarla all'Assessorato alle Politiche per la Salute della Regione.

Il Gruppo Tecnico Regionale per le Malattie Rare valuta, basando-

si su dati di letteratura, se concedere o meno il farmaco e le autorizzazioni/dinioghi vengono comunicati all'Azienda richiedente dai competenti Servizi dell'Assessorato Politiche per la Salute.

## IL GRUPPO TECNICO REGIONALE PER LE MALATTIE RARE

La Determinazione n.8620 del 28 giugno 2004, come indicato nella Delibera n. 160/04, provvede alla costituzione del Gruppo Tecnico per le Malattie Rare (GTMR); tale gruppo è formato da medici e da rappresentanti della Direzione Generale Sanità e Politiche sociali. Le branche mediche rappresentate nel gruppo sono quelle che interessano più da vicino le malattie rare, cioè la neurologia, la genetica e la pediatria.

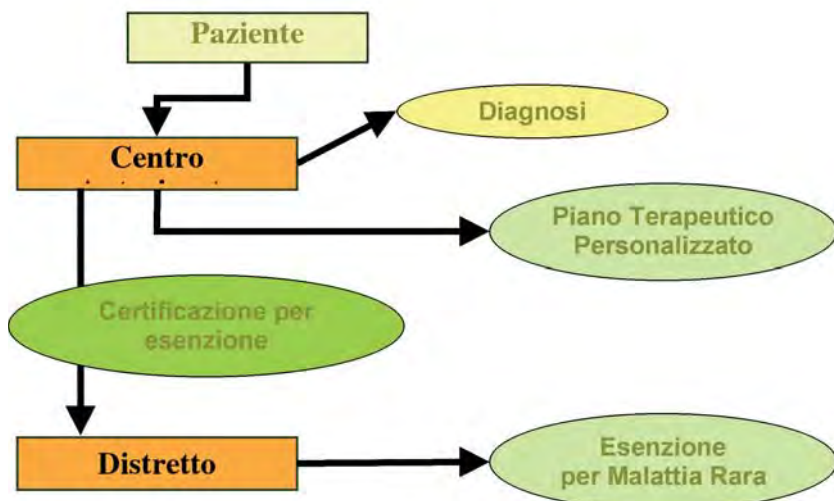
Sono inoltre presenti un farmacologo, un medico di organizzazione ospedaliera e due rappresentanti rispettivamente dei Servizi Presidi Ospedalieri e Politica del Farmaco della Regione Emilia Romagna.

Il gruppo si incontra di norma una volta al mese ed ha quale compito principale la valutazione delle richieste di farmaci non inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza.

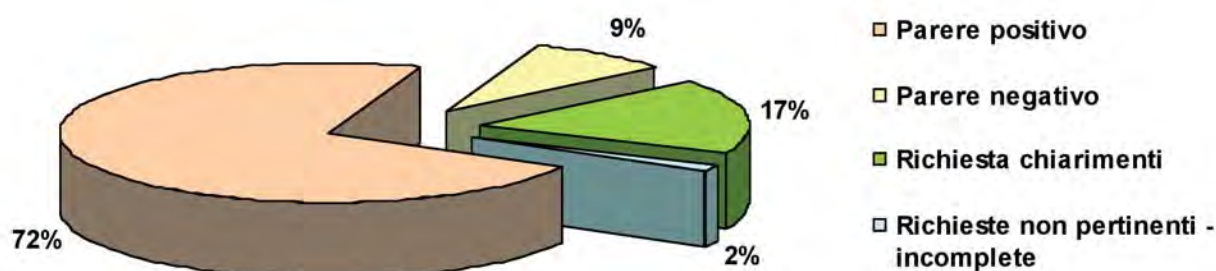
Con Delibera Regionale n. 25/05 sono state individuate due modalità di autorizzazione all'erogazione in esenzione dalla partecipazione al costo per i farmaci non riconducibili ai Livelli Essenziali di Assistenza:

- il primo prevede l'autorizzazione per tutti gli assistiti portatori della specifica patologia, da effettuarsi attraverso atto deliberativo regionale;
- il secondo prevede che tale autorizzazione sia valida solo per il singolo assistito, non generalizzabile ad altri pazienti portatori della medesima patologia, e da effettuarsi attraverso specifica autorizzazione dell'Assessorato Sanità e Politiche Sociali. Le autorizzazioni vengono formu-

**Figura 3. Percorso assistenziale del paziente affetto da malattia rara**







**Figura 4. Pareri espressi dal Gruppo Tecnico relativamente alle richieste di inserimento nei LEA**

late in base al parere espresso dal GTMR.

Il gruppo in seduta plenaria valuta le richieste provenienti dalle Aziende USL ed esprime un parere motivato dopo aver consultato la letteratura e le specifiche banche dati biomediche a riguardo. Qualora le pratiche risultino incomplete o poco chiare, il gruppo invita il Centro che fa richiesta a integrarla con ulteriore documentazione.

In due anni di attività (08/09/04 - 13/10/2006) il GTMR si è riunito 17 volte e ha esaminato 160 richieste di inserimento nei LEA relative a 148 pazienti, per un totale di 440 farmaci valutati. In Figura 4 vengono riassunti i pareri espressi dal Gruppo.

I farmaci che vengono concessi come estensione dei LEA ai residenti della Regione Emilia Romagna (modalità che prevede l'approvazione con Delibera di Giunta), vengono proposti dal GTMR sulla base di studi di letteratura che ne comprovino l'efficacia per tutti i pazienti affetti dalla specifica patologia rara.

I farmaci finora autorizzati con questa modalità sono riassunti nella tabella 1.

Il GTMR provvede inoltre ad effettuare valutazioni sull'eventuale inserimento di ulteriori patologie nell'elenco regionale delle malattie rare. Il GTMR ha anche il compito di esaminare le eventuali candidatu-

**TABELLA 1. FARMACI CONCESSI COME ESTENSIONE DEI LEA CON DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE**

Farmaco	Patologia rara	Delibera di Giunta di autorizzazione
Vitamina C	Sclerosi Laterale Amiotrofica	DGR 25/2005
Vitamina E	Sclerosi Laterale Amiotrofica	DGR 25/2005
Betaina	Omocistinuria	DGR 2124/2005
Acido Folico	Omocistinuria	DGR 2124/2005
Vitamina B6	Omocistinuria	DGR 2124/2005
Tiopronina	Cistinuria	DGR 2124/2005
Complesso esapotassico esasodico pentacitrato	Cistinuria	DGR 2124/2005
Zinco solfato	Deficienza congenita di zinco	DGR 2124/2005

re a divenire Centro Autorizzato provenienti dalle diverse Unità Operative delle Aziende Sanitarie della Regione.

### **MOTORE DI RICERCA PER LE MALATTIE RARE**

Nel gennaio 2006, a seguito di una revisione dei Centri Autorizzati per le Malattie Rare, è stato pubblicato su Saluter (il portale internet del Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna) un motore di ricerca per le malattie rare, consultabile al sito <http://www.saluter.it/malattierare/>, così come mostrato in Figura 5.

Tale strumento, facilmente fruibile da tutti i cittadini, è di grande utilità poiché è possibile, inserendo il nome o il sinonimo della patologia, parte del nome o il codice di esenzione ministeriale, risalire a tutti i Centri Autorizzati della Regione che trattano una deter-

minata patologia. Di ogni Centro sono descritti l'indirizzo e il numero di telefono per effettuare i contatti.

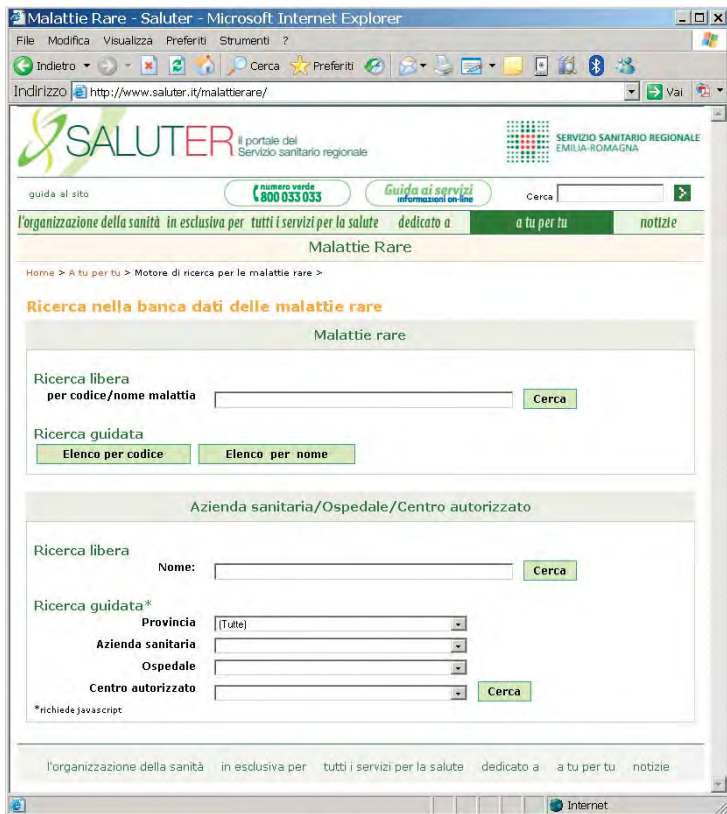
Inoltre è possibile consultare tutti i Centri afferenti ad ogni Azienda Sanitaria della Regione e visualizzare le patologie trattate da ciascun Centro.

### **RETI HUB & SPOKE**

Il Piano Sanitario Regionale 1999-2001 ha introdotto con DGR n.1267/2002 l'applicazione del modello Hub & Spoke nella gestione delle attività di rilevanza regionale che prevedono un alto grado di specializzazione.

Tale modello prevede l'identificazione di Centri altamente specializzati in cui è concentrata la casistica e l'expertise e che sono collegati in rete.

I Centri che costituiscono una rete Hub & Spoke sono essenziali-



**Figura 5. Home page del motore di ricerca per le malattie rare**

Attualmente le reti assistenziali attivate sono:

- Emofilia
  - Talassemia
  - Glicogenosi
  - Fibrosi cistica
  - Sindrome di Marfan
- E' inoltre prevista a breve l'attivazione di ulteriori reti per diverse altre patologie.

## IL SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE PER LE MALATTIE RARE

mente di due tipologie:

- Il centro Hub è il centro regionale di eccellenza.
- I centri Spoke sono i centri diffusi sul territorio con competenze ed esperienze nel trattamento della patologia; i casi più complessi vengono inviati dai centri Spoke al centro Hub.

Una rete Hub & Spoke, oltre al fine di individuare il corretto percorso assistenziale, nasce anche dalla necessità di creare protocolli diagnostico-terapeutici comuni a tutto il territorio regionale: l'obiettivo è di raggiungere una omogeneità nella presa in carico di pazienti affetti da malattia rara, evitando variabilità di trattamento nei diversi centri regionali. La stesura di tali protocolli è compito degli specialisti afferenti alla rete Hub & Spoke e dei rappresentanti delle Associazioni dei pazienti, appositamente riuniti in Gruppi Tecnici per le singole patologie.

La Regione Emilia-Romagna, nell'ambito della Rete per le Malattie Rare, ha istituito diverse reti Hub & Spoke dedicate a singole patologie o a gruppi di patologie.

Nel corso dell'anno 2007 verrà implementato in Regione il Sistema Informativo per le Malattie Rare (SIMR).

Tale sistema informativo, sviluppato in collaborazione con la Regione Veneto, metterà in rete tutti i Centri Autorizzati per le malattie rare, i Dipartimenti di Cure Primarie (che rilasciano il certificato di esenzione) ed i Servizi Farmaceutici Aziendali.

Il software prevede, sul lato client, un sistema web-based accessibile tramite Internet browser, e sul versante server un unico database relazionale che possa permettere, attraverso differenti livelli di accesso, le funzioni di caricamento, lettura, stampa dei dati.

I medici dei Centri Autorizzati, al momento della prima formulazione della diagnosi, immetteranno direttamente nel SIMR i dati anagrafici e clinici del paziente e ciò permetterà al personale del Dipartimento di Cure Primarie di visualizzare in tempo reale il certificato di diagnosi del paziente non appena inserito dal Centro Autorizzato; il Dipartimento di Cure Primarie potrà immediatamente con-

segnare o spedire a domicilio all'assistito il certificato di esenzione.

Analogamente, tutti gli atti successivi alla diagnosi, come le prescrizioni dei Piani di Trattamento Personalizzati o il follow-up diagnostico, verranno registrati sul SIMR, il che permetterà a coloro che ne avranno l'autorizzazione di disporre di tutte le informazioni sanitarie dei pazienti affetti da malattia rara.

Questo sistema semplificherà il percorso assistenziale del paziente, evitando l'accesso ripetuto a differenti servizi regionali e a differenti Aziende Sanitarie per ottenere i benefici previsti dalla legge e permetterà la creazione di un Registro Regionale di pazienti affetti da malattia rara, fondamentale strumento epidemiologico e di programmazione sanitaria.

## NORMATIVA NAZIONALE E REGIONALE DI RIFERIMENTO

- Decreto Ministeriale n. 279 del 18 maggio 2001: "Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare"

- Delibera di Giunta Regione Emilia-Romagna n. 160 del 2 febbraio 2004: "Istituzione della rete regionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi, la terapia delle malattie rare"

- Delibera di Giunta Regione Emilia-Romagna n. 25 del 17 gennaio 2005: "Inserimento della sensibilità chimica multipla (MCS) nell'elenco delle malattie rare"

- Delibera di Giunta Regione Emilia-Romagna n. 1309 del 1 agosto 2005: "Ridefinizione del progetto di connessione in rete dei Centri emofilia della Regione Emilia-Romagna"

- Delibera di Giunta Regione Emilia-Romagna n. 1708 del 2 novembre 2005: "Organizzazione della rete regionale Hub&Spoke per la talassemia"

- Delibera di Giunta Regione Emilia-Romagna n. 2124 del 19 dicembre 2005: "Aggiornamento dell'elenco dei centri autorizzati per le malattie rare di cui alla delibera di Giunta regionale n. 160/04 e altri provvedimenti in materia"

- Delibera di Giunta Regione Emilia-Romagna n. 395 del 27 marzo 2006: "Organizzazione della rete Hub&Spoke per le glicogenosi"



# GETINGE

## GETINGE SERIE 9100 TERMODISINFETTORE DI CARRELLI



# Tessuto tecnico riutilizzabile e tessuto non tessuto: le normative sui requisiti minimi e di processo

## Riassunto

Il fabbricante e l'operatore di prodotti quali teli chirurgici, camici e tute per blocchi operatori, utilizzati come dispositivi medici, devono riferirsi alla Direttiva Europea 93/42/CEE e alla serie di norme UNI EN 13795. In tali norme vengono definiti i requisiti minimi di prodotto e di processo per l'immissione sul mercato europeo di tali dispositivi.

## Summary

*All the manufacturers and the processors of surgical gowns, surgical drapes and clean air suits, used as medical devices, have to refer to the European Standard EN 13795 and Council Directive 93/42/EEC. In such norms it is defined the minimum requirements of product and process concerning the medical devices for the breaking in the European common market.*

**G. Finzi\*, C. Lazzari\*, M. Aperti\***

\*Direzione Medico-Ospedaliera Azienda Ospedaliero di Bologna,  
Policlinico Universitario S. Orsola Malpighi - Bologna

## INTRODUZIONE

La protezione e la sicurezza dei cittadini è tutelata da leggi nazionali che regolamentano anche il Sistema Sanitario, all'interno del quale i dispositivi medici svolgono un ruolo fondamentale. Prima dell'armonizzazione Europea ogni Nazione aveva realizzato leggi e normative proprie per disciplinare il settore dei dispositivi medici; ciò implicava di fatto differenze sostanziali relativamente ai requisiti ed alle prestazioni richieste per ogni dispositivo. Vigeva quindi una situazione caotica, non omogenea tra i diversi Paesi della Comunità Europea, che rappresentava per di più una barriera al libero commercio.

Successivamente a livello Comunitario è stata introdotta la Direttiva Europea 93/42/CEE che descrive una posizione comune in tema di sicurezza dei dispositivi medici, rendendo pos-

sibile la regolamentazione del settore. Tale Direttiva è stata recepita in Italia dal D.Lgs. 46 del 24 febbraio 1997 (entrato in vigore nel giugno del 1998) che contiene la definizione di dispositivo medico: *"qualsiasi strumento, apparecchio, impianto, sostanza o altro prodotto, utilizzato da solo o in combinazione, compreso il software informatico impiegato per il corretto funzionamento e destinato dal fabbricante ad essere impiegato nell'uomo a scopo di diagnosi, prevenzione, controllo, terapia o attenuazione di una malattia...di una ferita o di un handicap; i dispositivi medici devono inoltre "essere progettati in modo tale da eliminare o ridurre il più possibile i rischi d'infezione per il paziente, per l'utilizzatore e per i terzi"*.

La conformità del prodotto ai requisiti essenziali previsti dalla Direttiva Europea 93/42/CEE rende possibile l'apposizione della marcatura CE sul dispositivo medico stesso; tale marcatura

deve essere posta in maniera visibile, leggibile ed indelebile su dispositivi in questione o sul loro involucro sterile. E' una condizione necessaria affinché tale prodotto possa essere immesso sul mercato.

Il significato della Direttiva è sostanzialmente quello di fornire benefici per la tutela della salute e della sicurezza dei cittadini europei richiedendo ad ogni dispositivo di soddisfare "requisiti essenziali" presenti nella Direttiva stessa o previsti dalle Norme Armonizzate (o Norme Tecniche) a cui la Direttiva prevede il rinvio.

In sostanza, la Direttiva Europea può essere considerata una sorta di "contratto" fra gli Stati membri della Comunità Europea ed esprime una posizione comune in relazione ad uno specifico argomento. Ha di norma scarso contenuto tecnico al fine di ridurre le procedure amministrative per la realizzazione, e garantirne longevità.

Le Norme Tecniche invece sono norme che supportano i requisiti essenziali di una Direttiva e vengono applicate obbligatoriamente in assenza di una specifica Legislazione Nazionale; tali Norme sono documenti che definiscono le caratteristiche (dimensionali, prestazionali, ambientali, di sicurezza, di organizzazione ecc.) di un prodotto, processo o servizio secondo lo stato dell'arte. Sono inoltre il risultato del lavoro di decine di migliaia di esperti in Italia e nel mondo alla ricerca del massimo grado di consenso in materia, tenendo conto di tutti i punti di vista di tutte le parti interessate, conciliando ogni aspetto conflittuale. Le Norme Armonizzate sono approvate da un organismo riconosciuto a svolgere attività normativa per l'applicazione ripetuta o continua, la cui osservanza non sia obbligatoria e che appartenga ad una delle seguenti categorie:

■ norma internazionale (ISO)





**PAROLE CHIAVE:** TTR - tessuto tecnico riutilizzabile, TNT - tessuto non tessuto, dispositivo medico, requisiti minimi

**KEY WORDS:** RTF - Reusable Technical Fabric, NWF - Non-Woven Fabric, medical device, minimum requirements

- norma europea (EN)
- norma nazionale (UNI).

## TELI CHIRURGICI, CAMICI E TUTE PER BLOCCHI OPERATORI

Nell'ambito di un mandato conferito dalla Commissione Europea e dall'Associazione Europea di libero scambio, il CEN (Comitato Europeo di Normazione) ha definito gli standard europei di riferimento stabilendo i requisiti essenziali che i tessuti chirurgici (teli chirurgici, i camici e le divise filtro clean air suit) devono soddisfare. Ne è derivata la serie di Norme Tecniche UNI EN 13795 dal titolo: *"Teli chirurgici, camici e tute per blocchi operatori, utilizzati come dispositivi medici, per pazienti, personale clinico e attrezzature"*.

La prima di queste, UNI EN 13795-1:2004 descrive i requisiti generali per fabbricanti, operatori e prodotti, e rappresenta la versione ufficiale tradotta in lingua italiana della Norma Europea EN 13795-1 del 2002, assumendo così a pieno titolo lo status di Norma Nazionale Italiana. La seconda parte, UNI EN 13795-2:2005 si occupa dei metodi di prova, ed è stata pubblicata in Italia nel 2005. In origine la EN 13795 includeva anche altre parti (terza, quarta e quinta). Nello specifico la parte terza ("Performance requirements and performance levels") è stata pubblicata nel giugno del 2006 sulla Gazzetta Ufficiale Europea e rappresenta l'originale quinta parte delle norme EN 13795 sui requisiti di prestazione e livelli di prestazione). L'iniziale parte terza è stata invece pubblicata come EN ISO 22612 (Indumenti per la protezione contro agenti infettivi - Metodo di prova per la resistenza alla penetrazione di polveri biologiche contaminanti attraverso materiali degli indumenti di

protezione) e la parte 4 come EN ISO 22610.

I camici chirurgici, i teli chirurgici e le tute per blocchi operatori vengono utilizzati per ridurre al minimo la diffusione degli agenti infettivi da e verso le ferite operatorie dei pazienti, contribuendo così alla prevenzione delle infezioni delle ferite post-operatorie; sono considerati a tutti gli effetti dispositivi medici e come tali sono sottoposti ai regolamenti europei e nazionali. La Norma UNI EN 13795-1 specifica le informazioni che devono essere fornite dai fabbricanti agli utilizzatori e alle terze parti verificatrici, in aggiunta all'usuale etichettatura dei dispositivi medici, relativamente ai requisiti di fabbricazione e lavorazione. La norma fornisce inoltre linee guida generali sulle caratteristiche che devono possedere i camici chirurgici monouso e riutilizzabili, i teli chirurgici e le tute per blocchi operatori al fine di impedire la trasmissione di agenti infettivi tra pazienti e personale clinico durante gli interventi chirurgici ed altre procedure invasive; ciò al fine di mantenere la condizione di asepsi durante la procedura chirurgica riducendo l'incidenza di infezioni nosocomiali e tutelando la salute dell'operatore sanitario nei confronti del rischio biologico. Le mascherine chirurgiche, i guanti chirurgici, i materiali di imballaggio, le coperture da indossare su piedi e testa non sono contemplati nella norma EN 13795, ma da altre norme europee (ad esempio per i guanti si fa riferimento alla EN 455 ecc.).

## REQUISITI ESSENZIALI E CARATTERISTICHE DEI TESSUTI CHIRURGICI

I requisiti essenziali descrivono le caratteristiche necessarie affinché un prodotto sia considerato sicuro e adatto all'uso. Essi coprono sia la progetta-

zione che la realizzazione del prodotto e riguardano la sicurezza generale, i requisiti chimici, fisici, biologici, gli aspetti microbiologici e l'etichettatura.

Il fabbricante ha l'obbligo di fornire informazioni riguardo a:

- processi adeguati per consentire il riutilizzo,
- pulizia, disinfezione, imballaggio del prodotto,
- metodi di sterilizzazione,
- numero di riutilizzi,
- qualsiasi restrizione al riutilizzo.

Su richiesta possono essere anche fornite informazioni sui metodi di prova utilizzati, i risultati delle prove, il razionale per la distinzione di eventuali aree critiche del prodotto.

Nelle tabelle 1, 2 e 3 sono elencate le caratteristiche da valutare da parte del fabbricante per quanto riguarda i camici e teli chirurgici, oltre ai clean air suits. La resistenza alla penetrazione microbica (ovvero la capacità del materiale di resistere alla penetrazione di microrganismi da un lato all'altro) viene normalmente valutata a secco o a umido; vengono così simulate le condizioni di reale operatività di utilizzo dei tessuti secondo il grado di umidità del campo operatorio ed il tipo di sollecitazione meccanica. Per indagare sulla resistenza di penetrazione microbica (secco), viene valutata la capacità del tessuto in questione di rappresentare un idoneo strumento di barriera al passaggio dei microrganismi in conseguenza dell'effetto di una combinazione di movimento d'aria ed azione meccanica per vibrazione. Per la resistenza di penetrazione microbica (umido) si intende invece ricreare un effetto di combinazione di crescente umidità, strofinamento e pressione. L'effetto barriera dei tessuti può essere influenzato dalla capacità di penetrazione dei liquidi attraverso i tessuti stessi: maggiore è tale capacità di penetrazione, minore sarà l'effetto barriera costituito dai dispositivi medici. Per "linting" si intende il rilascio di particelle o frammenti di fibra da parte del materiale chirurgico. Per alcuni autori tale fenomeno non è associato alla possibilità di passaggio di microrganismi da parte dei dispositivi medici,

## TAB.1 - CARATTERISTICHE DA VALUTARE PER I CAMICI CHIRURGICI

- Resistenza alla penetrazione microbica - Secco
- Resistenza alla penetrazione microbica - Umido
- Pulizia - Microbica
- Pulizia - Particolati
- Rilascio di particelle
- Resistenza alla penetrazione dei liquidi
- Pressione di scoppio - Secco
- Pressione di scoppio - Umido
- Resistenza alla trazione - Secco
- Resistenza alla trazione - Umido

## TAB.2 - CARATTERISTICHE DA VALUTARE PER I TELI CHIRURGICI

- Resistenza alla penetrazione microbica - Umido
- Pulizia - Microbica
- Pulizia - Particolati
- Rilascio di particelle
- Resistenza alla penetrazione dei liquidi
- Pressione di scoppio - Secco
- Pressione di scoppio - Umido
- Resistenza alla trazione - Secco
- Resistenza alla trazione - Umido
- Adesione per il fissaggio al fine di isolare la ferita

## TAB.3 - CARATTERISTICHE DA VALUTARE PER LE TUTE PER BLOCCHI OPERATORI

- Resistenza alla penetrazione microbica - Secco
- Pulizia - Microbica
- Pulizia - Particolati
- Rilascio di particelle
- Pressione di scoppio - Secco
- Resistenza alla trazione - Secco

per altri tale possibilità è particolarmente elevata. Il test misura il numero di particelle libere disperse nel momento in cui il materiale è sottoposto a movimenti meccanici (di tipo rotatorio e di compressione). La verifica circa la contaminazione microbiologica è importante per la maggior parte dei dispositivi medici. Se questi vengono utilizzati come non sterili (ad esempio le divise filtro "clean air suit"), non dovranno avere carica batterica troppo elevata o tale da causare infezioni. Per questo motivo le tute per blocchi operatori prevedono un minor numero di parametri da valutare (vedi tabella 3) da parte del fabbricante. Tali tute inoltre non sono ancora molto diffuse in Europa, ma sono disponibili in alcuni mercati; di conseguenza risultano incluse nella norma UNI EN 13795. Se un dispositivo medico deve essere utilizzato in condizioni di sterilità dovrà invece rispondere necessariamente ai requisiti di sterilizzazione delle norme

EN 556 ed UNI EN ISO 14937. E' infine evidente che se un camice o un telo possono rompersi o lacerarsi rapidamente durante gli interventi chirurgici, soprattutto se bagnati, non vengono più a rappresentare un' idonea funzione barriera, costituendo così un rischio di contaminazione batterica della ferita chirurgica. La resistenza alla pressione di scoppio viene valutata osservando la resistenza che una struttura a maglia oppone allo scoppio del tessuto indotto dal rigonfiamento di una membrana di gomma posta sotto il provino rotondo di tessuto (sia asciutto che bagnato). La resistenza alla trazione (secco/umido) è analizzata osservando una striscia di materiale tenuta in trazione con forza progressiva sino alla sua rottura. Per quanto riguarda i teli chirurgici viene anche studiata l'adesione per il fissaggio del telo per delimitare l'area di incisione chirurgica. A tal fine possono essere utilizzate sostanze adesive

in conformità alla norma EN 30993. Devono essere usati adesivi diversi in funzione del tipo di materiale e di pelle; gli adesivi non devono causare danni alla pelle del paziente e, quando usati su materiali riutilizzabili, dovrebbero essere rimovibili durante la rilavorazione senza danneggiare la stoffa.

Altre proprietà dei camici e teli chirurgici contemplate dalla Norma UNI EN 13795-1 riguardano il comfort: comfort fisiologico, la facilità di movimento, soddisfazione individuale relativa al prodotto, peso e spessore del tessuto. Ulteriori caratteristiche da non sottovalutare sono la permeabilità all'aria, la vestibilità e la drappeggiabilità, ossia la capacità del tessuto di conformarsi ad una determinata forma o oggetto, così da assicurare una copertura efficace adattandosi alle diverse tipologie di intervento chirurgico.

## REQUISITI DI FABBRICAZIONE E LAVORAZIONE E DELLE PROVE

Secondo la Normativa, il fabbricante e l'operatore devono essere in grado di dimostrare che i requisiti definiti siano soddisfatti prima dell'immissione sul mercato dello stesso prodotto. In particolare devono essere utilizzate procedure convalidate per tutte le fasi di fabbricazione e lavorazione, compresa la pulizia visiva ed igienica. Devono essere inoltre fornite le istruzioni idonee per i metodi di sterilizzazione, se consideriamo un tessuto riutilizzabile. Se il prodotto deve essere utilizzato dopo sterilizzazione (TTR) la prova deve essere eseguita sui tessuti dopo sterilizzazione, ad eccezione della pulizia microbica, per garantire lo stesso livello di sicurezza per tutta la durata di vita utile del tessuto. Va effettuato periodicamente un controllo di verifica che deve essere documentato in ogni suo aspetto (ed i risultati vanno conservati). Una documentazione completa consente, per esempio, anche la rintracciabilità di un dispositivo medico sterilizzato di alta qualità. Durante il ciclo di vita di un prodotto riutilizzabile i valori di alcune caratteristiche possono diminuire l'impiego di



tessuti, che partono da valori significativamente più alti dei livelli standard richiesti. Al fine di garantire il rispetto dei requisiti i prodotti chirurgici riutilizzabili sono sottoposti a numerosissimi controlli di qualità. Durante la fabbricazione e lavorazione, le prove devono essere condotte in conformità ai requisiti del sistema di qualità del fabbricante. Il metodo di prova applicato deve essere stato convalidato e documentato. Si possono utilizzare metodi di prova alternativi per il controllo purchè i risultati si dimostrino correlati ai metodi di prova forniti dalla normativa. La frequenza della riconvalida deve essere determinata durante la convalida e nuovamente valutata dopo ogni modifica di fabbricazione o lavorazione che potrebbe influenzare materialmente il prodotto.

## AREE CRITICHE DEI TESSUTI

La parte III della norma 13795, non ancora ufficialmente tradotta in lingua italiana, definisce i requisiti minimi prestazionali facendo particolare modo riferimento ad "area critica" ed "area meno critica" del prodotto. Se il fabbricante identifica nel prodotto "aree critiche", esse devono essere chiaramente indicate. Per "area critica" si intende l'area del prodotto con una maggiore probabilità di essere interessata dal trasferimento di agenti infettivi da e verso la ferita chirurgica (ad es. la parete anteriore e le maniche del camice chirurgico). Per "area meno critica" del prodotto si fa riferimento ad un'area di bassa probabilità (ad es. la parte posteriore del camice chirurgico) di trasmissione di microrganismi patogeni. I requisiti vengono inoltre definiti a seconda che si consideri una condizione di performance standard od elevata. Nel primo caso si fa riferimento a requisiti minimi attesi richiesti per materiali tessili usati come dispositivi medici per procedure chirurgiche invasive standard; nel secondo caso vengono definiti i requisiti minimi prestazionali attesi per procedure ad elevata performance.

## CONCLUSIONI

Alla luce della legislazione che fissa i requisiti standard di produzione e di

trattamento dei tessuti per uso chirurgico (UNI EN 13795), sono disponibili sul mercato una serie di materiali che possono alla fine essere ricondotti essenzialmente a due categorie principali: il monouso ed il tessuto riutilizzabile. Il tessile tradizionale, quale il cotone, verrà via via sempre più abbandonato. Il cotone infatti non offre le prestazioni previste dalla normativa vigente e pertanto non potrà essere più immesso sul mercato europeo. Il tessuto in fibra di cotone presenta infatti una serie di svantaggi:

- effetto barriera nullo;
- se bagnato da liquidi biologici rappresenta una delle principali cause di infezione chirurgica intraoperatoria e di contaminazione crociata;
- elevato rilascio di materiale particolato (linting)
- ecc.

Se un ospedale riprocessa i dispositivi medici esclusivamente per proprio utilizzo non è tenuto all'osservanza di quanto previsto dalla direttiva: questo è il motivo per cui in alcune realtà continua ad essere utilizzato il materiale in fibra di cotone, a patto che non insorgano dei problemi a seguito dell'utilizzo di un prodotto non conforme. In tal caso l'ospedale dovrà risponderne. Se un ospedale invece fornisce dispositivi medici ad un altro ospedale, inteso come un'altra entità legale, dovrà invece adeguarsi a quanto previsto dalla normativa. In questo caso infatti la centrale di sterilizzazione dell'ospedale risulta essere produttore di dispositivi medici, e come tale deve necessariamente garantire la conformità dei prodotti.

Negli ultimi anni numerosi ricercatori hanno cercato di valutare l'impatto che i tessuti riutilizzabili ed i tessuti monouso hanno sul Sistema Sanitario in termini di costi, benefici, efficacia dell'effetto barriera, oltre all'impatto ambientale. Recenti studi hanno dimostrato una serie di vantaggi a carico dei tessuti riutilizzabili soprattutto in termini di resistenza meccanica e di linting, ma allo stato attuale non abbiamo a disposizione evidenze scientifiche tali da far propendere definitivamente verso l'utilizzo dell'uno o dell'altro dispositivo medico. E' inoltre dif-

ficile attuare una revisione degli studi in materia per il fatto che alcune nazioni considerano tra i tessuti riutilizzabili anche i tessuti in fibra di cotone; in questo modo risulta difficoltoso il confronto dei dati a disposizione. Ogni tipo di dispositivo si rivela preferibile a seconda delle specifiche necessità dell'ospedale, del reparto o del tipo di attività chirurgica. E' molto frequente una situazione di tipo misto in cui nella stessa Azienda Sanitaria vengono utilizzati entrambi i tessuti TNT o TTR. Qualunque sia la scelta è necessario che le organizzazioni che operano nel settore dei dispositivi medici soddisfino i requisiti definiti dalle norme e quindi forniscano dispositivi medici sicuri ed efficaci al fine di tutelare la salute dei pazienti.

## BIBLIOGRAFIA

\* D.Lgs. 24 febbraio 1997, n. 46 "Attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici."

\* Direttiva Europea 93/42/CE

\* Direttiva Europea 98/34/CE

\* Feltgen M, Schmitt O, Werner HP. "Characterization of Single-use Surgical Drapes and Surgical Gowns Using the Hydrostatic Pressure Test as per EN 20811" Hyg Med 2003

\* "Norme Europee EN 13795. Domande & Risposte", Mölnlycke Health Care, novembre 2004.

\* Rutala W.A., Weber D.J. "A review of single-use and reusable gowns and drapes in health care" Infection Control and Hospital Epidemiology. Apr; 22(4):248-57 2001

\* UNI EN 13795-1: 2004 "Teli chirurgici, camici e tute per blocchi operatori, utilizzati come dispositivi medici, per pazienti, personale clinico e attrezzature - Requisiti generali per fabbricanti, operatori e prodotti".

\* UNI EN 13795-2: 2005 "Teli chirurgici, camici e tute per blocchi operatori, utilizzati come dispositivi medici, per pazienti, personale clinico e attrezzature - Parte 2: Metodi di prova"

\* UNI EN 13795-3: 2006 "Teli chirurgici, camici e tute per blocchi operatori, utilizzati come dispositivi medici, per pazienti, personale clinico e attrezzature - Parte 3: Requisiti di prestazione e livelli di prestazione".

\* Werner H.P. "An Update on EN 13795 - European Standard for single use and reusable gowns, drapes and clean air suits used as medical devices." 2002

\* Werner H.-P., Feltgen M. "Quality of Surgical Drape and Gowns" HygMed 2001

*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  
60012 Cesano di Senigallia (AN) ITALY  
TEL.: 0721 955 964 - FAX: 0721 955 681  
E-mail: nacatur@tin.it



## UNA SANITÀ AL PASSO CON I TEMPI

**Progettualità, innovazione e capacità industriale al servizio di una Sanità sempre migliore**

Synergic Italiana è da anni una realtà di riferimento in Italia nella progettazione, produzione e commercializzazione di materassi e sistemi posturali specializzati per degenze comuni ed a rischio in ambito sanitario. La missione storica di Synergic Italiana è stata quella di contribuire a ridisegnare la cultura della degenza ospedaliera, in linea con i principi guida delle moderne comunità sanitarie: funzionalità clinica, rispetto per il paziente e gestione ottimale delle risorse economiche.

L'attività di ricerca e sperimentazione di Synergic Italiana ha portato alla realizzazione di prodotti di qualità, unici e brevettati, certificati con il marchio CE, per soddisfare le diverse esigenze clinico-terapeutiche, di funzionalità e comfort delle comunità sanitarie, in accordo con la Normativa Europea 93/42 sui dispositivi medicali. Synergic Italiana considera la Qualità come un requisito essenziale per il raggiungimento della sua missione aziendale. In quest'ottica, tutte le procedure industriali e commerciali dell'azienda sono codificate nel manuale di assicurazione della qualità e sono certificate in accordo alla normativa UNI EN ISO 9001:2000. La partnership con il gruppo Giovanni Crespi SpA, azienda leader in Europa nella produzione e trasformazione di poliuretani, resine espansive flessibili e tessuti speciali ad alta tecnologia, garantisce la continua ricerca e selezione di materie prime innovative ad elevate prestazioni funzionali, in grado di rispondere ai più severi criteri internazionali di sicurezza, igiene, biocompatibilità ed ecocompatibilità. Synergic Italiana oggi si propone al mercato sanitario anche nella produzione e commercializzazione di prodotti tessili tradizionali (cotone) e tecnologici (fibre sintetiche, microfibre, accoppiati e trilaminati), ad uso ospedaliero e professionale, quali biancheria piana, effetti letterecchi, camici ed abbigliamento professionale da corsia, sala operatoria ed attività diverse, teli e set chirurgici sterili. In particolare, è da sottolineare il grande sforzo progettuale e produttivo di Synergic Italiana nella realizzazione di teli e camici per sala operatoria in trilaminati e microfibre, ossia TTR (tessuti tecnici riutilizzabili), in linea con le più recenti disposizioni di legge a livello di comunità europea (norma UNI EN 13795-1:2004). Infatti, in seguito a tali innovazioni

legislative che fissano i requisiti standard di produzione e trattamento dei tes-

suti per uso chirurgico, l'utilizzo del cotone in sala operatoria è diventato improponibile al fine di impedire la trasmissione di agenti infettivi tra pazienti e personale clinico durante lo svolgimento degli interventi chirurgici o di altre procedure invasive. Sono numerosi gli studi scientifici che affermano come i tessuti tecnici riutilizzabili offrano un'elevata protezione barriera, senza per questo sacrificare la comodità di utilizzo per l'operatore. Se si considera inoltre che oggi l'impatto ambientale dei prodotti ha la medesima importanza delle caratteristiche tecniche, prestazionali e degli aspetti economici, è possibile prevedere un impiego sempre crescente dei TTR in ambito ospedaliero, poiché essi sono in grado di abbattere significativamente i costi di gestione dell'ente dovuti allo smaltimento dei rifiuti ospedalieri speciali.

[Info@synergicitaliana.com](mailto:Info@synergicitaliana.com)  
[www.synergicitaliana.com](http://www.synergicitaliana.com)

## CORTILE INTERNO: LA SOLUZIONE IDEALE

**Cadolto amplia la clinica universitaria di Nancy con uno spazioso padiglione letti**

Nel 2005 il Centro Ospedaliero Universitario di Nancy si è trovato a dover affrontare il serio problema di ampliare la propria capacità. Impensabile un'espansione verso l'esterno (la clinica è locata nel centro cittadino) e un rialzamento dell'antico edificio, si è dovuto ricorrere allo spazio di riserva offerto dal cortile interno. Il progetto doveva però essere realizzato in modo veloce e preciso, onde evitare che le operazioni interferissero con l'attività ospedaliera. A curare l'ampliamento, pur in piena attività, è stata Cadolto, specialista della costruzione modulare di Cadolzburg, che è stata in grado di consegnare per l'agosto 2006 un nuovo reparto letti costituito da vani modulari completamente attrezzati sotto il profilo tecnico. In questo modo al Centro Ospedaliero sono stati risparmiati mesi di fastidioso lavoro con il sistema convenzionale, decisamente impraticabile se si pensa alla particolare conformazione del cortile interno, stretto e altamente sonoro, oltre che collocato nel cuore della struttura. La completa area utilizzabile di 3771 mq ospita 4 sale operatorie, 12 letti di terapia intensiva, 48 lettini per il trattamento



e stanze attigue necessarie. Il nuovo edificio è stato collocato in una superficie quadrata con 8 m di distanza da ciascun lato. I progettisti hanno sviluppato una soluzione originale che mantenesse il carattere storico dell'edificio circostante, senza tuttavia mascherare l'ottica moderna del sistema di costruzione modulare. Il ritmo e la partitura della facciata risultano dall'ordine dei singoli moduli, fornendo un contrappunto all'insieme circostante.

Cadolto è convinta che si tratti di un vero e proprio "progetto pilota" destinato a fare scuola: problematiche analoghe a quella di Nancy, infatti, sono piuttosto comuni sul mercato francese.

[info@cadolto.it](mailto:info@cadolto.it)  
[www.cadolto.it](http://www.cadolto.it)



**NUOVA FRONTIERA CONTRO LA LEGIONELLA**  
**Sistema Centralizzato "STERIL WATER" e nuova "FILTRAZIONE TERMINALE" - Una nuova frontiera nel trattamento dell'acqua sanitaria per la prevenzione delle infezioni da LEGIONELLA.**

La cronaca è ormai invasa da un allarmante aumento di casi di infezioni ospedaliere di origine idrica, con elevate percentuali di mortalità, derivate in particolar modo dal pericolosissimo batterio LEGIONELLA spp.

Il controllo dell'acqua nelle strutture ospedaliere diviene quindi un fattore fondamentale nella salvaguardia della salute ed igiene e prevenzione rappresentano l'unica strategia risolutiva. L'esperienza maturata nell'ambito delle infezioni di origine idrica e l'impegno costante nell'ambito della sperimentazione scientifica hanno portato la Steril S.p.A. alla definizione della soluzione definitiva al problema delle infezioni idriche ed in particolare delle contaminazioni da Legionella. Molte strutture ospedaliere, evidentemente più sensibili all'esposizione, per la presenza di soggetti a rischio (immuno-depressi), utilizzano ormai da tempo

e con notevoli risultati i sistemi proposti. Questi particolari sistemi di purificazione ed in particolare il sistema "STERIL Water" ed i nuovi filtri terminali della linea "GERMLYSER", unici per il loro genere, rappresentano un superamento di quanto offre oggi il mercato, in tema di trattamento e prevenzione della Legionella e

di qualunque contaminazione batterica. I trattamenti standard (iperclorazione, trattamento termico, biossido di cloro, ionizzazione rame-argento, disinfezione UV, ecc.), infatti, oltre ad essere obsoleti, offrono soluzioni temporanee e non sempre impiantisticamente applicabili.

Il sistema brevettato "STERIL Water" ed i filtri terminali della linea "GERMLYSER", garantiscono l'abbattimento totale delle contaminazioni batteriche (Legionella compresa) senza alcuna controindicazione.

Possono essere applicati a qualsiasi impianto idrico già esistente in completa sicurezza e funzionalità.

L'estrema semplicità costruttiva del sistema, infatti, consente una manutenzione ordinaria praticamente nulla se non quella legata alla sostituzione programmata del materiale consumabile.

**info@sterilspa.it - www.sterilspa.it**



**PULITO "IN PUNTA DI PIEDI" NEI LUOGHI DI CURA!**

Klink line di Fimap, è una linea versatile di lavasciuga pavimenti, aspiratori e monospazzole professionali per il settore sanitario, destinata alla pulizia di case di cura, ospedali, cliniche ed ambienti che richiedono i più elevati standard di pulizia e sanificazione. Cerchiamo, allora, di conoscere da vicino le varie tipologie di questa grande "famiglia" partendo dalla fortunata serie di lavasciuga pavimenti "targate" Klinik line: Minny 430, Maxima 502 Bt, Maxima 502 B, Gamma 56, Gamma 65, Enjoy 360° e Magna 65-75-83. Macchine con tutte le carte in regola per la pulizia di pavimenti trattati, o superfici delicate, che necessitano di operazioni di manutenzione frequente, con controllo di consumi d'acqua e detergente. Disponibili in dieci versioni, uomo a terra e a bordo, i vari modelli montano di serie: kit Acustek di silenziamento, batterie al gel e cari-

ca batterie specifico, tamponi in microfibra, ruote antitraccia e antislittamento, contaore, regolazione di velocità, sistema lavante speed control, kit automatic, nuovo sistema Acustek plus. Tutti i sofisticati componenti elettromagnetici hanno l'obiettivo, pienamente raggiunto, di abbattere al minimo l'inquinamento elettromagnetico. Davvero esclusive nel loro genere, nella versione uomo a bordo, le lavasciuga pavimenti della "famiglia" Klinik line permettono di usare un unico corpo macchina e diversi tipi di basamento, garantendo la possibilità di sanificare quest'ultimo ed i gruppi lavanti in qualsiasi istante. Equipaggiate con batterie ermetiche al gel, senza manutenzione né emissione, le lavasciuga della serie non necessitano di ispezioni e/o riempimenti di soluzione acida, evitando corrosioni e errori di manutenzione. La gamma Klinik è inoltre

associata ad un programma di igienizzazione e sanificazione di ambienti speciali che prevede l'utilizzo di prodotti testati scientificamente per gli usi specifici. Il felice "identikit" si ripropone per gli aspiratori professionali destinati al settore sanitario: KV 15 Silenzio, KV 30, KV 60, KV 80, KV 100 e KANEX attrezzatura quest'ultima ideale per la sanificazione di ambienti e impianti di condizionamento. Modelli anch'essi a massima silenziosità operativa e compatibilità elettromagnetica, maneggevoli e versatili, che possono essere accessorizzati per personalizzare al meglio esigenze specifiche di aspirazione. Infine, chiudere in bellezza la filiera Klinik line ecco le monospazzole: KS 17, KS 4017 e KS 17 DS. Tutte con trasmissione a cinghia, a massima silenziosità operativa e compatibilità elettromagnetica, sono dedicate anch'esse alla migliore pulizia possibile in case di cura, strutture nosocomiali, cliniche, mense.

**fimap@fimap.com**  
**www.fimap.com**





**ARMADI PER SPOGLIATOI, PER OSPEDALI E INDUSTRIE**

Il colore è stato, per oltre venti anni, il "tema" dominante nella produzione di armadi per spogliatoi di impianti sportivi, ospedalieri ed industriali, realizzati in alluminio e laminato massello HPL delle più svariate tonalità cromatiche e finiture di superficie. Tuttavia, le "mode" hanno carattere di variabilità e si alternano nel tempo tendenze differenti per non dire opposte. Anche nel settore degli arredi per spogliatoi si assiste attualmente ad una sorta di "rivoluzione", il colore che ha dominato per due decenni sta cedendo il passo alla tonalità "alluminio". Patentverwag Italia ha colto questa tendenza avendo assistito ad un crescendo di richieste di armadietti o pareti divisorie con "finitura alluminio". Un esempio: il Centro Auxologico di Milano, ha arredato spogliatoi e locali servizi con elementi in finto alluminio. Per soddisfare questo tipo di committenza, orientata ad una immagine HIGH TECH dell'arredo, Patentverwag Italia ha affrontato il complesso problema di realizzare un'antina in alluminio. Sulla struttura standard in alluminio e pannelli in stratificato massello HPL si è inserita un'antina a sezione, "bombata", caratterizzata da una fessura verticale che alleggerisce la linea degli armadietti. Si è ottenuta la linea di armadietti SERIE HITEC che si accompagna alle panchine totalmente in alluminio con seduta anatomica ed alle pareti divisorie. Il risultato è un complesso di arredi di alto impatto che si accordano con le più avanzate tendenze del mercato.



[info@patentverwag](mailto:info@patentverwag) - [www.patentverwag.it](http://www.patentverwag.it)

**GRANDE ESPERIENZA, MODERNA ORGANIZZAZIONE**

**Zaccaria Barrier System è sinonimo di innovazione e sicurezza in sala operatoria**

Zaccaria S.P.A., fondata nel 1947, è un'azienda tessile di riferimento nel mercato nella fornitura di abiti professionali e biancheria per comunità, enti ed aziende di servizi rivolte al settore sanitario. Un'esperienza consolidata in oltre 50 anni d'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 i mutamenti in corso e soddisfare i bisogni dei suoi clienti proponendo le soluzioni più adatte in un'ottica di rapporto di consulenza e collaborazione. ZACCARIA è stata tra le prime aziende in Italia a conseguire la certificazione di Sistema di Gestione per la Qualità UNI EN ISO 9001 Vision 2000. L'attenzione alla qualità è testimoniata, anche, dall'autorizzazione all'utilizzo del marchio Oeko-tex Standard 100 che garantisce l'assenza di sostanze nocive nei prodotti tessili confezionati. L'Azienda ha progettato e realizzato un sistema dedicato alla gestione dei pro-

dotti destinati alla sala operatoria: lo ZACCARIA BARRIER System. Obiettivo primario è quello di coniugare elevati standard di sicurezza e comfort, fattori, questi, che influiscono sulla qualità degli interventi chirurgici. I prodotti realizzati con i tessuti tecnici riutilizzabili per sala operatoria GORE® (di cui Zaccaria è licenziataria esclusiva per l'Italia) sono riusciti ad accogliere in pieno le esigenze del personale chirurgico sia dal punto di vista tecnico che funzionale. Lo ZBS è un sistema dinamico in continuo sviluppo ed aggiornamento, in grado di rispondere alle problematiche che si evidenziano nelle sale operatorie. In un'ottica di costante collaborazione con i propri partners, l'azienda è in grado di fornire numerosi servizi pre e post vendita tra i quali la consulenza tecnica sia a supporto della preparazione di qualsiasi "campo operatorio" attraverso la realizzazione di kit dedicati sia nella definizione del corretto processo di ricondizionamento (lavaggio e sterilizzazione). Zaccaria 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. [carantini@zaccariaspa.net](mailto:carantini@zaccariaspa.net) - [www.zaccariaspa.net](http://www.zaccariaspa.net)

**LAVAMANI SENZA RETE IDRICA?**

**NO PROBLEM!**

Costruzione inox su ruote comando acqua a pedale con chiusura del pannello superiore

Cod. 803 S 300

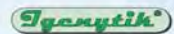
**"Shara"**

**Il primo lavamani autoalimentato in 10 possibili soluzioni**



Con il pannello chiuso diventa un carrello facile da spostare

All'interno del vano vi è:  
- scaldacqua  
- contenitore acqua pulita  
- contenitore acqua "di scarico"



Cod. 803 Shara

**Tutti i modelli dei ns. lavamani inox Aisi 304 sono costruiti secondo le normative "CE"**



Stazione d'igiene con pannello fisso

Cod. 802 CEP



Lavamani semicircolare comando acqua temporizzato

Cod. 906 C



Lavello inox armadiato

Cod. 802



Lavamani multiuso comando acqua a fotocellula



Nebulizzatori in inox o in plastica per la disinfezione della mani



Visita il sito [www.martik.it](http://www.martik.it)

potrai scaricare il ns. catalogo generale

**Martik S.r.l.**

Via San Daniele 38 - 33030 Coseano (UD)

Tel. 0432 864000 Fax. 0432 864002

[info@martik.it](mailto:info@martik.it)

NUMERO VERDE 800 979037

## ISTRUZIONE PER GLI AUTORI

La rivista pubblica lavori originali, note brevi, lettere al Direttore e recensioni. I contributi sono pubblicati in lingua italiana e debbono essere accompagnati da un riassunto in lingua italiana e da un summary in lingua inglese, le parole chiave (e le "Key words") redatti secondo le modalità precisate oltre. L'accettazione dei lavori per la pubblicazione è subordinata al giudizio di "referees" nominati dall'ANMDO. I file dei lavori non pubblicati, non si restituiscono. Gli articoli vanno inviati in formato elettronico, pronti per la pubblicazione. Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente la responsabilità degli Autori, è riservata la proprietà di qualsiasi articolo pubblicato nella rivista e ne è vietata la produzione anche parziale senza citare la fonte.

## LAVORI ORIGINALI

E' indispensabile inviare il testo dei lavori in formato elettronico sottoforma di allegato di posta elettronica. I lavori vanno inviati alla Segreteria A.N.M.D.O. (e-mail: anmdo.segreteria@virgilio.it) la cui sede è a Bologna c/o Direzione Medica Ospedaliera - Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico S.Orsola-Malpighi, Via Massarenti n° 9 - 40138 (Tel. e Fax 051 390512). E' necessario elaborare il testo con qualsiasi edizione di software Microsoft word, sia in ambiente operativo Dos che Macintosh. Dovranno essere chiaramente evidenziati: autori, titolo, nome del file, tipo di software utilizzato (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), i nomi degli Autori con le istituzioni di appartenenza, le parole chiave (e le "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 (550 caratteri circa), devono sintetizzare gli scopi del lavoro, i risultati ottenuti e le principali conclusioni. Dopo la bibliografia, in calce all'ultima pagina, va indicato il nominativo, con relativo indirizzo, numero telefonico, fax o e-mail dell'Autore cui si possa fare riferimento per ogni comunicazione attinente la pubblicazione. Il corsivo va riservato soltanto alle parole latine; non a quelle in lingua straniera.

Eventuali figure devono essere fornite preferibilmente in formato jpg atto a consentire un'ottimale riproduzione fotografica. Le tabelle e le figure non devono di norma eccedere globalmente il numero di 5. Ogni tabella ed ogni figura vanno spedite su un file separato, numerate consecutivamente secondo l'ordine di citazione nel testo e corredata da titolo e/o didascalia. Tabelle e figure, provenienti da lavori precedentemente pubblicati, devono essere accompagnate dal permesso scritto di riproduzione da parte dell'Autore e dell'Editore. I lavori non conformi alle norme, per ovvi motivi organizzativi, non potranno essere presi in considerazione, né rinviati agli autori.

## 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 nell'Index Medicus. Le voci bibliografiche devono essere redatte nel Vancouver Style (Br Med J 1982;284 : 1766-1770; Br Med J ed Ital 1988: 9:61-70). Esempi di alcune forme corrette di bibliografia sono dati di seguito:

### Riviste

- Articolo standard (elencare tutti gli autori se in numero di 6 o inferiore a 6; se 7 o più elencare solo i primi 3 e aggiungere et al).  
Dawber TR, Meadors GF, Moore FE. Epidemiologic approach to heart disease: The Framingham Study. Am J public Healt 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 5 th 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 internazionali sulla stampa.**

---



ce com



# \* NOVITÀ 2007 CECOM e MIZAR ENTRANO NEL GRUPPO

GECOM - Via Settevalli 135 - PERUGIA - Tel. 075 505951 - Fax 075 5054344  
MIZAR - Via del Granoturco 8 - Ponte San Giovanni (PG) - Tel. 075 5834048 - Fax 075 5834012

MAGRIS GROUP • [www.magrisplanet.it](http://www.magrisplanet.it) • [info@magrisplanet.it](mailto:info@magrisplanet.it)

## SEDE

**Seriate (BG)**  
showroom  
self-service professionale  
uffici - centro formazione  
centro assistenza  
piattaforma logistica  
Via Pastrengo, sn  
24068 SERIATE (BG)  
Tel: 035 4525911 (15 linee r.a.)  
Fax: commerciale 035 4525 -947  
acquisti -948  
amministrazione -949

## TRENTINO ALTO ADIGE

**Bolzano**  
showroom  
self-service professionale  
uffici - centro formazione  
centro assistenza  
piattaforma logistica  
Via Achille Grandi, 21  
39100 BOLZANO  
Tel. 0471 912837  
Fax 0471 201182

## EMILIA ROMAGNA

**Ferrara**  
showroom  
self-service professionale  
uffici - centro formazione  
centro assistenza  
piattaforma logistica  
Via del Commercio, 65/67  
44100 FERRARA  
Tel. 0532 464712  
Fax 0532 462799

## VENETO

**Venezia**  
uffici - centro assistenza  
centro distribuzione  
Via Venier, 70  
30020 MARCON (VE)  
Tel. 041 4567370  
Fax 041 5959609

## TOSCANA

**Pistoia**  
uffici - centro assistenza  
centro distribuzione  
Via Cammelli, 23  
51100 PISTOIA (PT)  
Tel. 0573 994433  
Fax 0573 994433

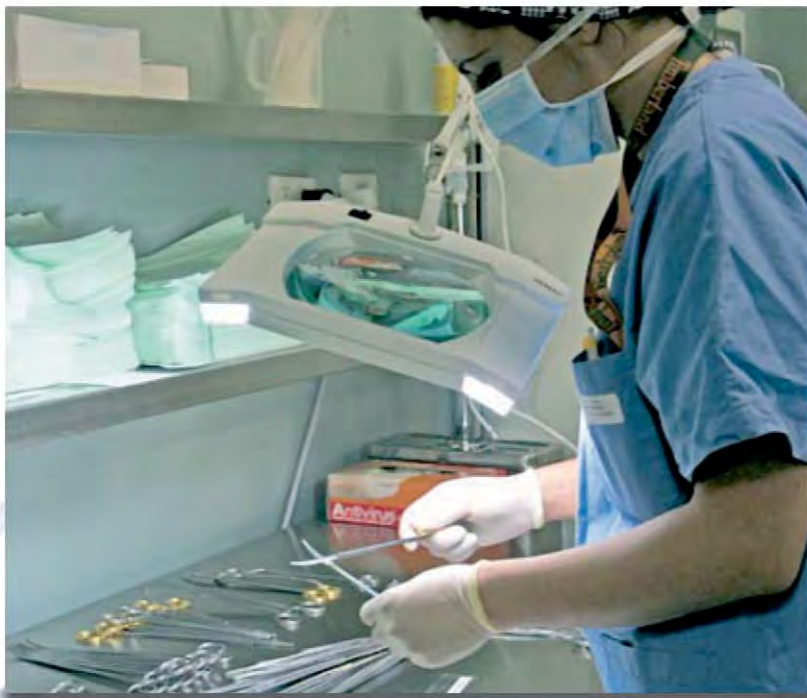
## LOMBARDIA

**Milano**  
showroom  
uffici - centro assistenza  
centro distribuzione  
c/o Centro Commerciale  
IL GIRASOLE - PAD. 15/07  
20084 LACCHIARELLA (MI)  
Tel. 02 39292086  
Fax 02 39292087

# MAGRIS

GROUP

Tecnologie & Servizi Professionali per l'igiene  
• INDUSTRIE • IMPRESE • ENTI • COMUNITÀ



# Progettazione, realizzazione e gestione centrali di sterilizzazione in outsourcing

**SERVIZI  
OSPEDALIERI** SPA  
GRUPPO MANUTENCOOP



Servizi Ospedalieri  
partnership per l'eccellenza

**Stabilimento di Ferrara** (sede legale)  
Via Calvino, 33 - 44100 Ferrara (Fe)  
Tel. 0532.599711 - Fax 0532.773800

**Stabilimento di Teramo**  
Case Molino di Villa Zaccheo - 64020 Castellalto (Te)

**Stabilimento di Lucca**  
Via San Pietro a Vico, 205 - 55100 Acquacalda (Lu)

**Stabilimento di Portogaribaldi**  
Via Romea, 15 - 44029 Porto Garibaldi (Fe)