

L'OSPEDALE

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



Periodico dell'ANMDO
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
MEDICI DIREZIONI OSPEDALIERE



N° 3/07

Relazione del Presidente Nazionale A.N.M.D.O. Dott. Gianfranco Finzi

La direzione sanitaria nell'evoluzione della sanità italiana

Quale innovazione nei modelli gestionali

Appropriatezza: ruolo della direzione sanitaria

L'evoluzione del modello d'ospedale

Gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico

La direzione sanitaria nella progettazione ospedaliera

Dall'appropriatezza clinica all'appropriatezza organizzativa

L'innovazione e la ricerca: nuovi modelli gestionali dell'Azienda Ospedaliera

Progettazione ospedaliera ed efficienza gestionale

Il presidio ospedaliero di ASL

LINEE GUIDA

L'informazione nella promozione della salute nei luoghi di lavoro

ORIZZONTI

CONGRESSO NAZIONALE **A.N.M.D.O.**
Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere

Rimini

**DIREZIONE
SANITARIA E
INNOVAZIONE**

CREARE VALORE

Fiera di Rimini Rimini 20-22 Settembre 2007

EDICOM
info@gsanews.it • www.gsanews.it

Pallchek™

Alta affidabilità in minor tempo

Pallchek™ è l'unico strumento a bioluminescenza per la microbiologia rapida che permette di analizzare immediatamente campioni filtrati e concentrati su membrana. Può inoltre leggere campioni liquidi tal quale (0,1 ml), superfici e tamponi per il monitoraggio di attrezzature.

Pallchek™ consente il **rilascio anticipato** di produzioni farmaceutiche quali :

- Prodotti non sterili
- Semilavorati ad uso interno

Consente inoltre il **controllo immediato** di :

- Ambienti
- Fluidi di processo
- Efficacia dei sanitizzanti

Pallchek™ Real Time Checks



PALL Life Sciences

Pall BioSciences
Divisione della Pall Italia s.r.l.

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

0:00-24:00 Anytime Anywhere



Servizio Ecolab,
sinonimo
di consulenza
globale
al cliente



Ecolab = Servizio

Ecolab non si limita a produrre detergenti per le imprese che operano nel settore dell'ospitalità e dell'alimentazione ma mette in campo un esercito di tecnici e consulenti il cui compito è quello di studiare, in base alle esigenze di ogni cliente, "soluzioni globali". La consulenza globale comprende anche l'assistenza periodica, l'addestramento e la formazione del personale.

Ecolab è il partner ideale, sempre attento all'economicità e razionalità dei processi per ottimizzarli.

La differenza Ecolab!

Hygiene Service

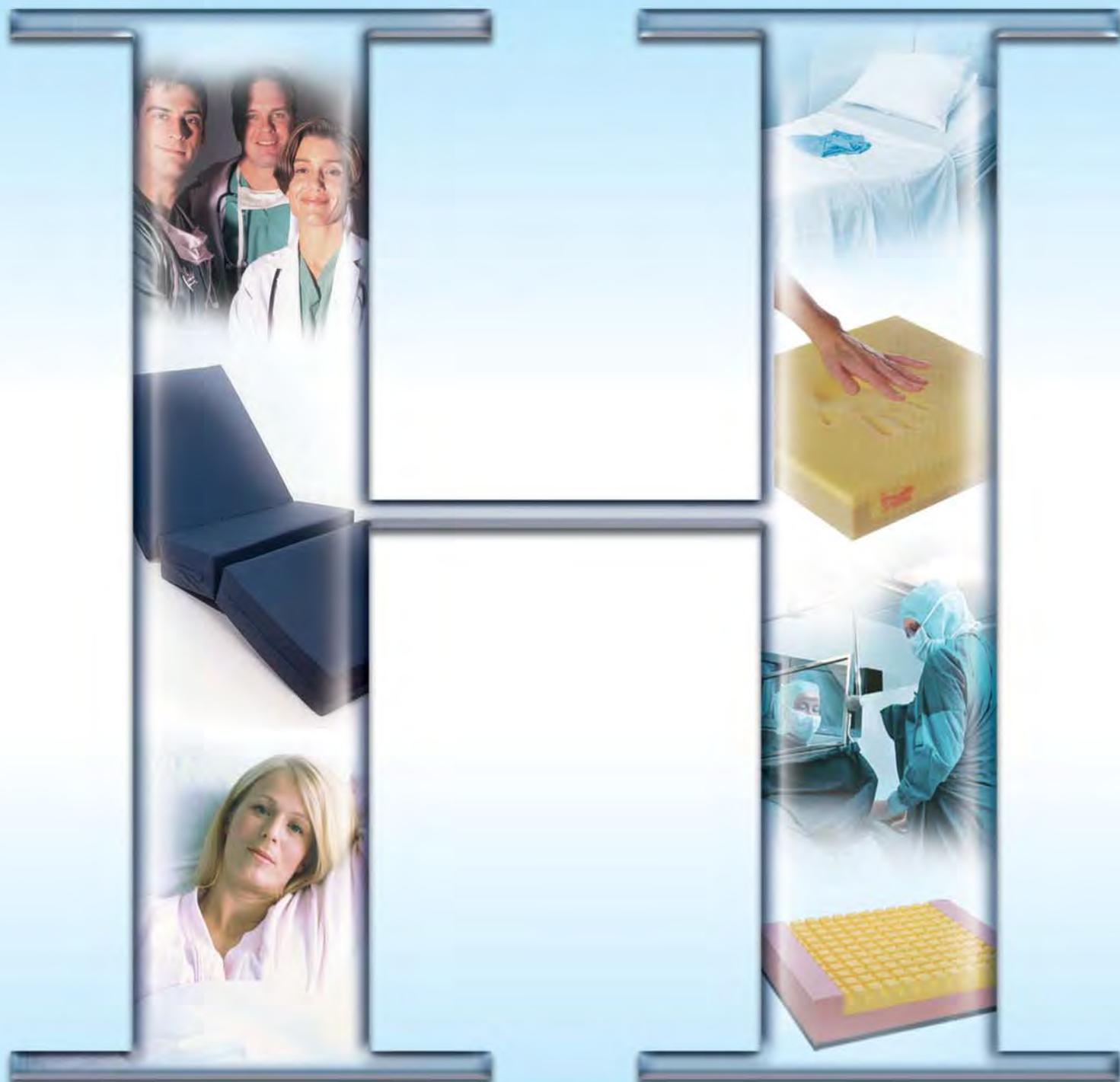
Service

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

ECOLAB®

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 • info@synergicitaliana.com



SOMMARIO

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz - Anno 60 - Numero 3 Luglio-Settembre 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@gnews.it
http://www.gnews.it

Direttore responsabile: Ilva Gottardi

Direttore editoriale: G. Finzi

Segreteria scientifica: K. Kob
Comitato di direzione: U.L. Aparo, A. Biamonte,
M. Brogi, G. Dal Pozzolo, C. Del Giudice, G. Finzi,
K. Kob, R. Li Donni, F. Longanella, A. Montanile,
G. Pelissero, S. Pili, U. Podner Komaromy,
A. Rampa, G. Schirripa, D. Stalteri

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

Hanno collaborato

U.L. Aparo, G. Finzi, U. Podner Komaromy, S. Pili, M. Mauri,
A. Gullotti, M. Monaco, M. Triulzi, F. Longanella, W. Longanella,
F. Casassa, Fripa, G. Messori Ioli, G. Matarazzo,
B. Zamparelli, C. Buriani, A. Sciacca, M.L. Diodato, G. Aiello,
L. Cecchetti, R. Taruffi

Abbonamenti
ITALIA ANNUO € 31,00
EUROPA
PAESI EXTRA EUROPEI € 103,00
Copia € 1,29
C.C.P. 38498200

fotolito 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: 5.000 copie

ASSOCIATO A:

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

CSST CERTIFICAZIONE
STAMPA SPECIALIZZATA
E DIFFUSIONE

CONFESPEM

"Ai sensi dell'art. 2 comma 2 del codice di deontologia relativo al trattamento dei dati personali nell'esercizio dell'attività giornalistica, si rende nota l'esistenza di una banca-dati personali di uso redazionale presso la sede di Via Alfonso Corti, 28 - Milano. Gli interessati potranno rivolgersi al responsabile del trattamento dei dati sig. ra Barbara Amoruso presso la sede di Milano Via Alfonso Corti, 28 per esercitare i diritti previsti dal D.lgs 196/2003"



Gli atti sono stati curati da **G. Finzi**

**Relazione del Presidente Nazionale A.N.M.D.O.
Dott. Gianfranco Finzi**

8

La direzione sanitaria nell'evoluzione della sanità italiana

18

Quale innovazione nei modelli gestionali

26

Appropriatezza: ruolo della direzione sanitaria

32

L'evoluzione del modello d'ospedale

44

Gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico

56

La direzione sanitaria nella progettazione ospedaliera

62

Dall'appropriatezza clinica all'appropriatezza organizzativa

68

**L'innovazione e la ricerca: nuovi modelli gestionali
dell'Azienda Ospedaliera**

74

Progettazione ospedaliera ed efficienza gestionale

82

**Il presidio ospedaliero
di ASL**

88

LINEE GUIDA

**L'informazione nella promozione della salute
nei luoghi di lavoro**

94

ORIZZONTI

108



ASP ADVANCED STERILIZATION PRODUCTS®

a *Johnson & Johnson* company

Italia

Per contattare altre sedi mondiali ASP:

Johnson & Johnson Medical S.p.a. www.jnjgateway.com
Advanced Sterilization Products
Via del Mare, 56
0040 Pratica di Mare (Roma)
Telefono: +39 06 91194319
Fax: +39 06 91194419



Un traguardo raggiunto insieme. Grazie a voi.

400 apparecchiature Sterrad installate negli ospedali
e nelle cliniche di tutta Italia.

Time Table

09.00 - 10.00	Registrazione partecipanti
10.00 - 13.00	Apertura Congresso - Saluto Autorità - Presentazione del Congresso e Letture Magistrali

SALA PLENARIA	SALA RAVEZZI	SALA DIOTALLEVI A	SALA DIOTALLEVI B
---------------	--------------	-------------------	-------------------

GIOVEDÌ 20 SETTEMBRE 2007

14.00 - 16.00			
1° SESSIONE L'appropriatezza			
16.30 - 19.00			
Assemblea Elettiva soci A.N.M.D.O.			

VENERDÌ 21 SETTEMBRE 2007

09.00 - 13.00	09.00 - 10.00	09.00 - 13.00	
2° SESSIONE Modelli gestionali: innovazione e ricerca	Caratteristiche e vantaggi del sistema di lavaggio multicamera	Percorsi di qualità delle centrali di sterilizzazione	
	10.00 - 11.00		10.00 - 11.00
	La disinfezione quale protezione di rilievo in ambito occupazionale ospedaliero		Innovation in hydrogen peroxide gas plasma sterilization
	11.00 - 13.00		11.00 - 12.00
	I modelli gestionali in oncologia ed il percorso diagnostico terapeutico-assistenziale		L'igiene nei reparti ospedalieri: correlazione tra le procedure di sanificazione e i fattori di contaminazione
			12.00 - 13.00
			L'importanza delle nuove metodologie nella verifica dei processi di sterilizzazione a vapore
13.00 - 14.00	13.00 - 14.00		
LUNCH SESSION POSTER	COLAZIONE DI LAVORO		
14.00 - 16.40	14.00 - 18.00	14.00 - 15.00	14.00 - 15.00
3° SESSIONE - I parte Edilizia sanitaria e tecnologie	Igiene del lavoro: un'attività significativa per la Direzione Sanitaria	Metodi innovativi di pulizia e disinfezione mediante l'uso del vapore nelle strutture della Sanità Francese	Materiali non sanitari in uso nelle strutture sanitarie
			15.00 - 16.00
			Ricerca ed innovazione: una nuova via all'insegna dell'appropriatezza
16.40 - 19.00		16.00 - 18.00	16.00 - 19.00
3° SESSIONE - II parte Edilizia sanitaria e tecnologie		Realtà e prospettive della presenza e attività sindacale dell'ANMDO	La formulazione di un capitolato speciale di servizi alla luce del nuovo Codice degli appalti (D. Lgs 163/06 e s.m. e i.)

SABATO 22 SETTEMBRE 2007

09.00 - 12.00	09.00 - 12.00	09.00 - 12.00	09.00 - 11.00
4° SESSIONE - Lo sviluppo delle professionalità nelle organizzazioni sanitarie	Innovazioni in architettura e tecnologia in sanità	L'appalto dei servizi di igiene ambientale in sanità. I costi degli obiettivi	Linee guida ANMDO per il corretto utilizzo di antisettici e disinfettanti
12.00 - 13.00			
Chiusura del Congresso			

33° Congresso A.N.M.D.O. / 20-22 settembre 2007
Workshop IPC Sanivap / 21 settembre ore 14,30

Sanivap System

e

evoluzione nei protocolli del cleaning



IPC

IPC Integrated Professional Cleaning

"e" come efficienza del sistema IPC Sanivap in tutte le aree della sanità; rapido e versatile nelle pulizie giornaliere come nelle periodiche.

"e" come efficacia detergente e sanificante; un metodo certificato, già utilizzato da centinaia di strutture ospedaliere in Europa.

Info: 0421.205511

www.ipcleaning.com

Relazione del Presidente Nazionale A.N.M.D.O. Dott. Gianfranco Finzi

E' tempo di bilanci e riflessioni. Ed è ancora una volta mio dovere diffondere a tutti i soci A.N.M.D.O. il rapporto annuale sullo stato dell'Associazione, soprattutto in questa occasione in cui si sta per concludere il quadriennio durante il quale ho avuto l'onore e la grandissima soddisfazione di rappresentare l'Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere in qualità di Presidente Nazionale.

Anche per il 2007 abbiamo mantenuto il numero degli iscritti al di sopra delle mille unità, segno che le azioni intraprese dall'A.N.M.D.O. nel corso di questi mesi hanno avuto il risultato sperato di rappresentare le esigenze della nostra professione.

Questo scorcio di 2007 è stato caratterizzato da importanti e difficili momenti che hanno più volte minato la credibilità del lavoro svolto con passione dai professionisti medici appartenenti alla nostra categoria. Talora le informazioni divulgate dai mass-media hanno assunto un carattere allarmistico, proponendo una visione distorta della Sanità Italiana, lungi dal dare un reale contributo utile per le scelte dei cittadini, caricandoli invece di ansie e di preoccupazioni assolutamente gratuite ed immotivate.

In tutti questi casi l'A.N.M.D.O. ha reagito e ha fatto sentire la propria voce compatta di fronte alle più alte cariche dello Stato richiedendo sempre di definire, una volta per tutte, il ruolo e le responsabilità dei Medici di Direzione nell'ambito della gestione delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere Italiane.

AVVENIMENTI DELL'ANNO Il caso del Policlinico Umberto I

La vicenda di un grande ospedale romano, nel quale un giornalista, travestito da addetto alle pulizie ha rilevato e portato all'opinione pubblica diversi episodi di sporcizia, scarsa igiene e manutenzione inadeguata, ci induce ad alcune valutazioni in merito, al fine di fare chiarezza in un ambito dove tutti pensano di poter dire la loro, magari in modo superficiale e non documentato.

In premessa riteniamo opportuno evidenziare che, come sottolineato dallo stesso Prof. Veronesi, ex ministro della salute, in Italia oltre il 60% degli ospedali è stato costruito prima del 1960 e, in base ad una indagine ministeriale svolta nel 2000, oltre l'80% delle attrezzature sanitarie delle strutture pubbliche e private accreditate ha più di 8 anni!

Non vogliamo che passi l'equazione "struttura vecchia = cattiva sanità" e "struttura nuova = buona sanità", ma è evidente che scelte precise vanno fatte in merito agli investimenti strutturali in sanità nel nostro paese.

Senza entrare nel merito di quanto avviene ed è stato ritrovato nell'ospedale romano, facciamo solo una annotazione metodologica: in un ospedale di quelle dimensioni (il più grande d'Italia) gli episodi di degrado rilevati e documentati sono diffusi e prevalenti, oppure su magari 6 o 7 chilometri di sotterranei sono stati trovate solo quelle immagini (comunque deprecabili e da evitare nel modo più assoluto); e tutto il resto va bene?

Dalla risposta al primo o al secondo dei due corni della domanda deriva, per chiunque osservi, un livello assolutamente diverso di gravità, di pericoli reali e di precise re-

sponsabilità; vedremo più avanti in capo a chi.

Ma veniamo all'articolato dell'analisi sulla buona igiene e sulle corrette informazioni nonché sui rischi in cui il cittadino può incorrere in caso di assenza dell'uno dell'altra o di entrambe.

E' a tutti noto quanto sia importante in ogni ospedale una corretta igiene che si esplica in innumerevoli aspetti che si possono per semplicità raggruppare in quattro aree tematiche principali: pratiche assistenziali, gli operatori, l'ambientale e l'igiene alimentare.

Ognuno di questi quattro principali filoni comporta e richiede precise procedure, compiti, competenze e responsabilità, che vedono impegnati a vario livello, tutti gli attori operanti in ospedale in regime di dipendenza o di gestione esterna.

Ovviamente ognuno con i propri compiti da svolgere in modo "igienico" e con precise responsabilità sul buon risultato finale, che è quello di restituire al meglio possibile la salute ai cittadini, in un ambiente ordinato, pulito e confortevole. Senza dilungarci in esempi specifici e complessi, basti pensare che persino il lavoro di un grande cardiocirurgo può essere vanificato da un banale non corretto lavaggio di mani dei suoi collaboratori nell'ambito del post-intervento, piuttosto che dal non meticoloso rispetto delle procedure asettiche post-operatorie e persino dalla permanenza in sede troppo a lungo di un apparentemente banale catetere vescicale.

Le buone regole di gestione di un ospedale prevedono altresì che a fronte di una così articolata e diffusa gestualità determinante, esistono centri di responsabilità pre-

cisi e individuali, che governano il “sistema igiene” nella sua complessità e che sono riassumibili per estrema sinteticità in due fasi.

La prima, vicino al paziente, è governata dal Direttore dell'Unità Operativa, responsabile delle cure dello stesso in tutti gli aspetti, compreso quello delle possibili conseguenze infettive sviluppatasi durante la degenza.

Si tratta di una responsabilità totale e complessiva, che ovviamente non cancella quella diretta e specifica di ogni operatore medico e non medico che compie ogni singolo gesto.

L'altra responsabilità precisa e specifica, sebbene rivolta ad ambiti ancor più ampi e complessivi, è per legge ed antica tradizione, per competenza professionale e formazione didattica, in capo al direttore sanitario di presidio, figura ai più poco nota, che fonda le sue radici nelle leggi sanitarie di organizzazione e gestione degli ospedali fin dal 1938.

E' infatti il Direttore Sanitario di Presidio che ha le competenze e il dovere di verificare, supportare, stimolare tutto il personale operante nel presidio ospedaliero, nei confronti delle buone regole di pratica igienistica, nell'ambito delle quali ha, se è il caso, anche il potere gerarchico ed il dovere di impostare processi sanzionatori per chi non le rispetta.

Il tutto è nell'interesse dei cittadini ai quali sono indirizzate in prevalenza anche le altre attività proprie del direttore medico di presidio (obbligatorio per legge in ogni presidio ospedaliero composto da uno o più “stabilimenti”), quali l'organizzazione e la garanzia della buona attività ordinaria ospedaliera intesa come turni, personale, apparecchiature, farmaci e dispositivi medici; come la sorveglianza su tutta la catena alimentare; come la gestione ed il controllo del corretto smaltimento dei rifiuti ospedalieri nel rispetto delle leggi e delle regole igieniche e la corretta esecuzione delle pulizie.

Differenti compiti e responsabilità ha invece il direttore sanitario aziendale (obbligatorio in ogni azienda ospedaliera dal 1992), che vertono sugli aspetti strategici dell'attività sanitaria: nuove costruzioni, ristrutturazioni ambientali, riconversioni e aperture di nuove attività, scelta dei primari, scelta delle grandi apparecchiature, rapporti con associazioni, enti e istituzioni, ecc.

Da quest'analisi emerge da un lato l'importanza della presenza in ogni presidio ospedaliero di una direzione medica ospedaliera con medici con competenze igienistiche certificate (specializzazione); dall'altro le precise competenze che lo stesso deve possedere, anche alla luce delle sue note responsabilità nel settore che non sono delegabili, ma in realtà sovente affidate, in molte direzioni, a figure professionali provenienti da altri settori e con scarse conoscenze professionali in materia.

A tal fine l'associazione nazionale medici delle direzioni ospedaliere (anmdo) da tempo organizza non solo nei momenti congressuali, tutta una serie di incontri di formazione-informazione sulle più recenti acquisizioni della scienza igienistica, in rapida costante evoluzione, ed è a disposizione del ministero della salute e degli assessorati regionali per le politiche della salute per programmare, congiuntamente, una serie di aggiornamenti itineranti sul tema specifico.

E' altresì in fase di avanzata realizzazione il processo, guidato dall'ANMDO, di accreditamento professionale d'eccellenza, che quanto prima sarà strumento di nuova operativa certificazione della professionalità dei colleghi che, si spera all'unanimità, accetteranno la sfida.

Due parole sulla corretta informazione che è strumento importante di conoscenza e consapevolezza per i cittadini che si trovano a dover fare “scelte di salute”.

Si assiste ad episodi di grossola-

na informazione quando, ad esempio, si vuol passare ai cittadini l'idea che l'esistenza di un corridoio pieno di mozziconi dietro una porta di un sotterraneo sia responsabile delle morti che ogni anno avvengono in ospedale anche in tutti i paesi economicamente più avanzati per infezione ospedaliera.

Altro importante problema è quello della esternalizzazione di servizi strategicamente importanti quali appunto la pulizia, la ristorazione e la sterilizzazione, considerati dai più “no core” e anti-economici se gestiti internamente.

Spesso l'aggiudicazione di tali servizi è basata su criteri di valutazione che privilegiano il prezzo rispetto alla qualità con risultati dubbi dal punto di vista della qualità del servizio e conseguentemente della stessa convenienza economica e la cui esecuzione è affidata anche a soggetti con competenze professionali, culturali e scientifiche non adeguate alla peculiarità dell'assistenza sanitaria.

A questo proposito l'ANMDO ravvede la necessità e richiede fortemente al Signor Ministro della Salute un provvedimento legislativo che preveda l'istituzione obbligatoria nelle società di servizi che operano in campo sanitario e che erogano servizi essenziali in cui preminente è la componente tecnica igienistica di un responsabile medico, specialista in igiene e con almeno una esperienza di 5 anni.

Questo per riequilibrare il livello di competenze e responsabilità tra pubblico e privato, anche in applicazione del Decreto Legislativo 163 del 2006, di recepimento delle direttive europee 2004/17/CE e 2004/18/CE, relative al coordinamento delle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di lavoro, di forniture e di servizi.

Questa informazione distorta, lungi dal dare un reale contributo utile per le scelte dei cittadini, carica invece gli stessi di ansie e preoccupazioni assolutamente gratuite ed immotivate.

In realtà il problema delle morti in

ospedale per infezione nosocomiale, è un problema assolutamente noto e documentato, ha cause reali e di difficile eradicazione, che dobbiamo combattere tutti insieme attraverso una vera e propria riforma (utilissima e a costo zero) delle conoscenze di questo problema e dei possibili rimedi che possono limitarne l'impatto.

Purtroppo anche nei Paesi con Sistemi Sanitari più avanzati nella prevenzione non si è riusciti a debellare completamente le infezioni ospedaliere che sono soprattutto il frutto della selezione di tipologie di microrganismi che in genere si trovano all'interno degli ospedali e che nel tempo hanno sviluppato caratteristiche di resistenza agli antibiotici, tanto da diventare difficilmente sradicabili, e di procedure assistenziali scorrette. I rimedi più efficaci sono noti da tempo, documentati anche da studi scientifici recenti: lavaggio delle mani, uso corretto degli antibiotici, semplici procedure assistenziali corrette come ad esempio il cateterismo vescicale a circuito chiuso, ricoveri brevi e solo quando necessari, monitoraggio microbiologico, figure sanitarie dedicate e presenza di un organismo aziendale di coordinamento.

Questo in estrema sintesi è un approccio corretto all'informazione utile e non ansiogena per i cittadini sui gravi rischi legati alle infezioni ospedaliere.

Soffermarsi invece con enfasi sui mozziconi di sigaretta per terra in un corridoio di un sotterraneo e dietro una porta, sposta pericolosamente l'attenzione dei veri, reali possibili interventi, ai quali tutti, giornalisti e medici compresi, dobbiamo porre sempre mano con la massima chiarezza e professionalità.

Pur stigmatizzando e condannando gli operatori sanitari che fumano in ospedale, che non seguono le più comuni pratiche igieniche, e che non adottino comportamenti non consoni alla loro professionalità, non è possibile generalizzare

e confondere il rischio di contrarre infezioni a livello ospedaliero con la cattiva abitudine da parte di alcuni di adottare comportamenti discutibili.

Questi comportamenti possono essere un sintomo di mancata aderenza alle più banali indicazioni definite dalla dirigenza ospedaliera in ambito igienico e talora dettate ancor di più dal semplice buon senso e dalla buona educazione di ogni singolo cittadino.

Essi non rappresentano indicatori diretti di infezione nosocomiale: non è utile per nessuno divulgare informazioni allarmistiche e inesatte.

L'ANMDO si è resa disponibile ad organizzare gratuitamente in ogni regione, eventualmente in collaborazione con altre associazioni di professionisti, corsi di aggiornamento per il personale sanitario sulle principali tematiche di igiene ospedaliera.

AVVENIMENTI DELL'ANNO Il caso di Castellaneta

Il rischio in Sanità rappresenta un tema di grande rilevanza e di forte impatto sociale. L'attività professionale del personale medico, infermieristico e tecnico, come del resto di ciascuna attività umana, è soggetta a possibili errori che possono determinare gravi conseguenze fino alla morte. E' pertanto necessario sviluppare adeguati programmi aziendali per la gestione del rischio tenendo presente che alla luce delle prove di efficacia esistenti occorre superare modelli organizzativi burocratici e basati esclusivamente sul controllo, che impediscono la reale applicabilità di meccanismi di sorveglianza. E' altresì indispensabile che vengano depenalizzati gli errori non dovuti a dolo dell'operatore.

Premesso tutto ciò è necessario chiarire e definire il ruolo e la responsabilità di chi gestisce il rischio clinico in Azienda. Tale definizione dovrà essere inserita nell'ambito del DDL in materia dell'ammoder-

namento del Sistema Sanitario in Italia.

Il rischio clinico è purtroppo una realtà presente in tutte le strutture sanitarie. Da anni si parla ormai di Risk management in sanità che, partendo dall'analisi approfondita del tema del rischio, si occupa di raccogliere tutta una serie di riflessioni e raccomandazioni utili agli operatori che lavorano in ambiente sanitario. L'esame sistematico degli errori dovrebbe aiutare l'organizzazione e i professionisti a migliorarsi. L'argomento è quantomai delicato sul piano legislativo e solo un'analisi epidemiologica approfondita degli incidenti può garantire importanti riflessioni sul tema.

Il risk management rientra nelle attività del Governo Clinico, che in Sanità è stato classicamente definito come il "sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie sono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati standard di assistenza attraverso la creazione di un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza delle prestazioni". Le regole non mancano, basterebbe rispettare adeguatamente le normative severe e pressanti già esistenti. Quel che occorre è vigilare di più per evitare che tali normative vengano disattese: abbiamo bisogno di professionisti formati per implementare le attività di controllo. Ad esempio è da oltre 5 anni che in Italia è stato elaborato il SGSL (sistema di gestione della salute e sicurezza sul lavoro), che rappresenta un documento che definisce le modalità per individuare, all'interno della struttura organizzativa aziendale, le responsabilità, le procedure, i processi e le risorse per la realizzazione della politica aziendale di prevenzione, nel rispetto delle norme di salute e sicurezza vigenti.

Due sono i punti di forza delle problematiche collegate al rischio: la gestione del rischio e gli strumenti e le risorse necessarie per attuare tale gestione.

Da tempo la Presidenza e il Comitato Scientifico dell'ANMDO sostengono che in ciascuna Azienda Sanitaria o Ospedaliera (o meglio ancora a livello regionale o di area vasta) sia necessario individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico; vanno proposte inoltre linee guida per la rilevazione di errori, nonché di rischi di errore, utilizzando possibilmente anche sistemi informatici. Le aziende devono per cui favorire la partecipazioni dei dipendenti ad eventi formativi per acquisire una cultura permanente della prevenzione dell'errore.

Ciò è sostanzialmente in accordo con il documento "Risk management in Sanità - il problema degli errori", prodotto nel 2004 Ministero della Salute, che si conclude con le seguenti raccomandazioni:

- individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del Risk Management;
- elaborare direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori per la gestione del rischio clinico;
- promuovere eventi di formazione per diffondere la cultura della prevenzione dell'errore;
- sperimentare a livello aziendale metodi e strumenti di segnalazione degli errori,
- raccogliere ed elaborare dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio e sulle frequenze degli errori;
- monitorare periodicamente e garantire un feed-back informativo;
- definire misure organizzative ed appropriate tecnologie per la riduzione di errori evitabili;
- favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.

A livello aziendale il responsabile del Governo Clinico è il Direttore Sanitario, il quale promuove in tutti i servizi ospedalieri, distrettuali e di prevenzione iniziative volte alla riduzione degli errori, mediante

una intensa attività formativa proposta 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 quindi congiuntamente predisporre un programma di prevenzione per la gestione del rischio sulla base del modello organizzativo uniforme. La funzione aziendale deve essere inserita nell'ambito della clinical governance afferente al Direttore Sanitario di Azienda. La funzione aziendale deve essere necessariamente interdisciplinare e comprendere tutte le competenze, incluse quelle cliniche, in grado di garantire che ogni assistito afferente ad una organizzazione sanitaria abbia accesso a prestazioni che producano il miglior esito possibile in base allo stato delle evidenze scientifiche disponibili, impegnando in modo efficace ed efficiente le risorse, riducendo al minimo il rischio possibile di effetti indesiderati, consentendo all'assistito medesimo di conseguire piena soddisfazione per il servizio fornitogli. Questa funzione aziendale deve necessariamente prevedere la pre-

senza del Direttore Sanitario di Ospedale, che per le sue competenze specifiche è anche la figura più indicata per coordinare l'attività della funzione aziendale per la gestione del rischio clinico per la sicurezza dei pazienti, incluso il rischio di infezioni nosocomiali.

E' necessario inoltre ribadire che il Risk Manager sia un medico con competenze igienistiche, di organizzazione e gestione dei servizi sanitari. E' sulla sintesi di capacità professionale e manageriale che si basa l'orgoglio del medico igienista di direzione sanitaria della propria appartenenza ad una figura professionale che non deve avere alcuna remora ad affermare con forza il proprio ruolo al servizio del buon funzionamento del SSN e del cittadino che necessita di assistenza sanitaria. La proposta avanzata dall'ANMDO comporta di fatto la realizzazione della gestione del rischio clinico in Aziende Sanitarie a costo zero, coinvolgendo attivamente le figure professionali dotate di adeguata formazione ed investite al contempo di un ruolo adeguato che possieda il giusto peso nei confronti delle altre componenti strategiche aziendali. Per sostenere la sicurezza in ambito ospedaliero è necessario anche favorire la valutazione del problema del rischio clinico attraverso la realizzazione di una progettazione integrata tra architettura, tecnologia e medicina per mezzo dell'integrazione di competenze multidisciplinari con il governo tecnico-gestionale.

AVVENIMENTI DELL'ANNO **Incontro** **con il Ministro della** **Salute, sen. Livia Turco**

Il 27 marzo 2007 una delegazione dell'ANMDO, composta dal Presidente Dr. Gianfranco Finzi, accompagnato dal Vicepresidente Prof. Ugo Luigi Aparo e dai soci Dr. Renato Li Donni e Dr. Salvatore Paolo Cantaro, è stata ricevuta a Roma dal Ministro della Sa-

lute, Sen. Livia Turco. Abbiamo rappresentato al sig. Ministro le nostre osservazioni relativamente alla bozza di disegno legge di ammodernamento della 229/99 in circolazione, sottolineando le nostre perplessità e proponendo dei correttivi. Nella cartelletta che vi è stata consegnata trovate il testo integrale del documento che abbiamo consegnato al sig. Ministro, nel quale viene puntualizzato il concetto di Clinical Governance e viene richiesto che per tutte le figure della "Governance" (Direttore Generale, Direttore Sanitario di Azienda, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero, Direttore di Dipartimento, Direttore Tecnico) siano previsti precisi requisiti professionali (come ad esempio la specialità in igiene e medicina preventiva per il Direttore Sanitario Aziendale) e percorsi formativi indispensabili per garantire che ruoli chiave del Servizio Sanitario Nazionale vengano ricoperti da persone che possiedono le competenze indispensabili, per esercitare nell'interesse dei cittadini, le proprie funzioni.

AVVENIMENTI DELL'ANNO Audizione in Senato

Il 27 giugno u.s. il Dr. Gianfranco Finzi, Presidente Nazionale ANMDO, ed il Prof. Ugo Luigi Aparo, Vicepresidente Nazionale ANMDO, sono stati ascoltati in audizione presso la Commissione Igiene e Sanità del Senato dal Presidente sul tema del disegno di legge n. 1598, con riferimento agli articoli 4 e 5, riguardanti l'attività libero professionale intramuraria e l'esclusività del rapporto di lavoro per esprimere il parere dell'ANMDO sul disegno di legge. Il Presidente ed il Vicepresidente hanno avuto la possibilità di svolgere un breve intervento ed hanno risposto alle ulteriori domande formulate dai senatori sul tema in questione. La posizione dell'ANMDO nei confronti del disegno di legge è stata

sintetizzata in un documento che trovate inserito nella vostra cartelletta.

AVVENIMENTI DELL'ANNO L'A.N.M.D.O. compie 60 anni

E' passato più di mezzo secolo dalla nascita della nostra associazione, nata ufficialmente a Torino con atto notarile costitutivo del 21 marzo 1947, redatto dal Dott. Emilio Turbil.

Il Direttivo Nazionale dell'ANMDO ha voluto celebrare questa ricorrenza di cui andiamo orgogliosi con la pubblicazione che abbiamo consegnato a tutti gli iscritti in occasione di questo 33° Congresso Nazionale e che è stata realizzata a cura del Centro storico dell'ANMDO coordinato dal dr. Artemio Brusca. L'atto notarile costitutivo e l'annesso statuto sociale, sancirono l'Associazione Nazionale dei Medici Direttori di Ospedali, aperta a Sovraintendenti e Direttori Sanitari, Vicedirettori sanitari, prevedendo come organi dell'Associazione l'Assemblea, un Consiglio Direttivo composto da 5 membri e il Presidente. Al Primo Consiglio Direttivo parteciparono il Prof. Folz, il Prof. Pulcher, il Prof. Bifulco, il Prof. Pozzati, e il Prof. Fara.

Alla Presidenza dell'ANMDO si sono succeduti in questi sessant'anni il Prof. Folz, il Prof. Innocenzo Moretti, il Prof. Walter Neri, il Prof. Antonio Scanagatta, il Dott. Gianni Spinelli, il Dott. Renzo Testolin, e il Prof. Lorenzo Renzulli. Dal 25 ottobre 2003 mi è stato affidato l'onore della Presidenza. In questi quattro anni abbiamo sviluppato, grazie agli spunti di indirizzo e stimoli fattivi dai congressi nazionali succedutisi nel settembre 2004, 2005 e 2006 a Sorrento, Treviso e Lecce, filoni scientifici nei vari indirizzi che si possono sinteticamente riassumere in quello igienistico, organizzativo-gestionale e della ricerca della qualità. Abbiamo assistito con piacere all'intensificazione senza precedenti degli

appuntamenti congressuali a livello periferico regionale o interregionale che, in alcuni casi, hanno già manifestato carattere di ripetitività e di consolidamento anenti nel tempo.

Le tematiche sviluppate sviluppate si possono così sintetizzare:

- la collocazione e il ruolo della Direzione Sanitaria nei diversi assetti istituzionali;
- la formazione dei medici delle Direzioni Sanitarie;
- il riconoscimento dell'autonomia funzionale dell'Ospedale;
- l'igiene ospedaliera,
- il management ospedaliero,
- il governo clinico;
- il governo del rischio in sanità.

Parimenti sono state sviluppate iniziative culturali con associazioni vicine per interessi ed attività quali la Società italiana di igiene medicina preventiva e sanità pubblica (S.It.I.), la Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (SIQuAS) e più recentemente con la Società Italiana dell'Architettura e dell'Ingegneria per la Sanità (S.I.A.I.S.).

Sul piano più propriamente sindacale, l'appartenenza a FESMED ha consentito di portare la voce dell'associazione in sedi, che sarebbero altrimenti state precluse ad un'organizzazione che solo recentemente ha superato mille iscritti a livello nazionale.

Sul piano della vita associativa almeno tre elementi hanno caratterizzato questi anni recenti e precisamente:

- il nuovo STATUTO che ha visto il proprio battesimo nella più recente assemblea nazionale di Lecce;
- la nascita di "ANMDO news" e del sito www.anmdo.org;
- l'avvio di molteplici progetti di accreditamento volontario in collaborazione con CERMET.

Questo excursus, arriva ai giorni nostri allorché è facilmente constatabile l'attivismo dell'associazione per gli appuntamenti i quali vengono continuamente riproposti con largo anticipo per favorire

l'accesso ai Colleghi e altrettanti sono in fase di preparazione anche con altre associazioni; esso ha il solo scopo di ricordare a tutti che l'ANMDO è la prima e quindi la più antica associazione medica della Repubblica Italiana; l'associazione ha svolto sempre dignitosamente il proprio ruolo di rappresentante di una categoria medica incardinata nella struttura sanitaria pubblica e intende continuare sulla strada tracciata dai fondatori con costanza, convinzione e un po' di meritato orgoglio.

ATTIVITÀ SINDACALE

L'area sindacale, coordinata dal Segretario Generale per la Segreteria Sindacale Dott. Alessandro Rampa, ha inteso tutelare gli interessi dei Colleghi Medici di Direzione Sanitaria che operano a livello di dipendenza pubblica e privata.

L'attività sindacale si è sviluppata in quattro filoni:

- LE ALLENZE
- LA STRATEGIA PER IL CONTRATTO DELLA DIRIGENZA
- LA STRATEGIA DI FORMAZIONE E INFORMAZIONE
- I CASI PARTICOLARI

LE ALLENZE - ancorché la nostra particolarità professionale ci fa essere alleati a volte scomodi e spesso incompresi, è e resta indispensabile una forte strategia di alleanze per avere accesso ai tavoli contrattuali nazionali e regionali. Il rapporto con FESMED è tutt'oggi quello da privilegiare in quanto ha dato frutti di rappresentatività e attività visibilmente soddisfacenti.

In particolare sono state avanzate dalla FESMED proposte di modifica al Disegno di Legge concernente: "Interventi per la qualità e la sicurezza del Servizio sanitario nazionale" che sono state inviate al Sottosegretario alla Salute Dott. Serafino Zucchelli. In particolare relativamente all' art.5 (Sicurezza delle cure) è stato richiesto d'inserire la funzione aziendale per il rischio cli-

nico nell'ambito della direzione sanitaria e all'art. 12 (Dipartimenti) è stato richiesto di prevedere che il coordinamento tra le funzioni dipartimentali ospedaliere venga assicurato dalla Direzione Medica dell'ospedale.

Il testo integrale delle proposte formulate è inserito nella cartelletta che vi è stata consegnata.

Inoltre il 2 agosto u.s. la Camera dei deputati ha approvato in via definitiva la legge "Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria". Per diciotto mesi, a decorrere dalla data del 31 luglio 2007, si potranno continuare ad applicare i provvedimenti già adottati per assicurare l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, compresa l'utilizzazione del proprio studio professionale, per quanti già autorizzati e fino a quando saranno resi disponibili i locali destinati a tale attività. La FESMED ritiene che alcune norme contenute nella Legge invadano il campo riservato agli accordi contrattuali ed è pronta ad impegnarsi nelle sedi opportune affinché vengano rivisti.

LA STRATEGIA PER IL CONTRATTO DELLA DIRIGENZA

- ha visto la costante e significativa presenza dell'ANMDO al tavolo contrattuale dell' ARAN, il che ha consentito di essere in grado di massimizzare le opportunità e di evitare penalizzazioni. Il contratto è stato tarato soprattutto sui giovani.

LA STRATEGIA DI FORMAZIONE E INFORMAZIONE

- ci ha visto parte attiva nella ideazione, nella realizzazione e nella produzione di articoli di pertinenza sindacale e politico-sindacale e su ANMDO NEWS e su ANMDO NEWS LETTER che sono veri e propri strumenti di informazione estesa a tutti gli iscritti. Se qualche iscritto non li riceve il primo per posta il secondo per posta elettronica dia il proprio indirizzo alla nostra segreteria (Dott.ssa Anna De Palma). Per la formazione dei nostri iscrit-

ti in ambito sindacale e organizzativo-sindacale sono stati fatti oltre agli incontri di formazione di Rimini, organizzati con la FESMED annualmente, numerose riunioni regionali e sovra regionali.

Purtroppo due importanti incontri programmati in tale ambito dal Direttivo Sindacale Nazionale per la primavera-estate 2007 (per i colleghi della Puglia uno e per quelli della Campagna l'altro), non si sono potuti svolgere per i numerosi concomitanti impegni dei colleghi di quelle regioni. A richiesta degli stessi verranno effettuati nel periodo autunno 2007, estate 2008. Insieme all'amico Schirripa, ho già dato la mia disponibilità ad effettuare questi due incontri nel periodo richiesto, così come a finire il giro che toccherà tutte le regioni italiane, tenendo conto soprattutto dell'interesse e della programmazione indicata dai collegi delle varie regioni.

I CASI PARTICOLARI - hanno visto tutto il direttivo portare ai colleghi richiedenti tutto il contributo di esperienze e competenze in grado di mettere tutti in condizione di affrontare al meglio situazioni di carattere sindacale di non sempre facile lettura.

COSA NON ABBIAMO FATTO - non abbiamo compiuto e portato a termine il censimento di tutte le Direzioni Sanitarie, Mediche e di tutti i Distretti del Paese, finalizzato a stabilire con una chiara valutazione condivisa i reali carichi di lavoro e le doverose dotazioni organiche dei dirigenti nostri colleghi. Ciò non è stato possibile e me ne rammarico perché i Presidenti Regionali hanno risposto solo in piccola parte alle richieste del censimento, ma sono fiducioso che la segreteria sindacale riesca a portare a termine tale compito.

ATTIVITÀ SCIENTIFICA

L'attività scientifica nazionale, Coordinata dal Segretario Scientifico Prof.

Karl Kob, è stata ricca di avvenimenti; ricordo alcuni corsi e congressi organizzati da ANMDO nel 2007:

CAGLIARI

4-5 maggio 2007

Convegno ANMDO-Sezione Sardegna *“La gestione dell’Igiene nel processo chirurgico e nelle terapie intensive. Sorveglianze e prevenzione delle infezioni durante il ricovero e dopo la dimissione”*

MILANO

21-23 maggio 2007

Corso ANMDO e SDA Bocconi dal titolo *“La Direzione Medica di Presidio Ospedaliero: competenze tecniche, organizzative e gestionali”* - III edizione.

NAPOLI

31 maggio 2007

SIAIS -ANMDO

“L’Ospedale e la Legionella: cosa e come fare”

VERONA

6-7 giugno 2007

PULIRE 2007 *“L’appalto dei servizi di igiene ambientale in sanità: i costi degli obiettivi”*

RIMINI

20-22 settembre 2007

33° Congresso Nazionale ANMDO

Inoltre, sempre nel 2007, abbiamo contribuito all’organizzazione:

VENEZIA

29-31 marzo 2007

I° Congresso SISBE-SIAIS in collaborazione con ANMDO *“Progettazione Integrata, Tecnologia, Biotecnologie: nuovi percorsi per la salute”*

ROMA

19-20 aprile 2007

2° Convegno Nazionale sull’Appropriatezza nel SSN.

E’ già stata pianificata la collaborazione con la SIAIS per:

CASTEL S.PIETRO TERME (BO)

11-12-13 Ottobre 2007

“La Direzione Tecnica: formazione e sviluppo nella Sanità Pubblica”

Tra gli eventi scientifici promossi dall’ANMDO per il 2007 preme ricordare in particolar modo il primo Convegno S.I.S.B.E. “Società Italiana per lo Studio delle Biotecnologie, delle Tecnologie Sanitarie e dell’Edilizia Sanitaria” e S.I.A.I.S. “Società Italiana dell’Architettura e dell’Ingegneria per la Sanità” che si è tenuto a Venezia al Palazzo del Cinema dal 29 al 31 marzo 2007 in collaborazione appunto con l’A.N.M.D.O., i cui temi principali hanno riguardato la Progettazione Integrata, Tecnologia e Biotecnologie.

Colgo l’occasione per informarvi che in occasione dell’11° Convegno italiano sui sistemi di classificazione dei pazienti nell’ambito del Congresso Mondiale sui sistemi di classificazione che si terrà a Venezia nel mese di novembre, l’ANMDO ha contribuito alla realizzazione di due importanti seminari ai quali vi invito a partecipare : uno che si terrà l’8 novembre sulla “Tutela della privacy” con la presenza del Comandante Umberto Repetto che dirige il Gruppo Anticrimine Tecnologico della Guardia di Finanza e il secondo che si svolgerà il 9 novembre sul “Ruolo delle direzioni sanitarie nella valutazione dei servizi”.

Oltre alla realizzazione ed alla promozione di Corsi accreditati, Convegni e Congressi su tutto il territorio nazionale per quanto riguarda l’attività scientifica ANMDO per l’anno 2007 sono state anche mantenute le pubblicazioni della rivista trimestrale “L’OSPEDALE” e del periodico bimensile “A.N.M.D.O. NEWS”.

La rivista trimestrale “L’OSPEDALE”, diretta dalla Presidenza e curata dalla Segreteria Scientifica, ha mantenuto l’obiettivo di stampa e distribuzione di 5.000 copie certificate e di consentire la pubblicazione dei lavori inviati dai soci A.N.M.D.O. entro 6 mesi dal rice-

vimento in redazione del loro materiale. Il periodico bimensile “A.N.M.D.O. NEWS” curato dalla Presidenza e dalla Segreteria Sindacale, continua ad essere una valida fonte di comunicazione con i soci. Nel 2007 sono già stati pubblicati 5 numeri, mantenendo così la pubblicazione del periodico bimensile. Nel 2007 è stata inoltre mantenuta l’”ANMDO NewsLetter”, che vuole essere un ulteriore strumento di comunicazione con i soci. Il sito internet dell’Associazione www.anmdo.org, coordinato dal Dott. Egidio Sesti, si è aggiornata continuamente nella sua veste di presentazione ed è uno strumento fondamentale di informazione. Nell’ultimo anno il sito è stato raggiunto da circa 60.000 visitatori.

Anche per il 2007 l’attività scientifica della nostra Associazione si conferma intensa e produttiva. Si rende noto infatti che presso la Direzione Sanitaria dell’Istituto Dermatologico dell’Immacolata (I.D.I.) di Roma sono stati istituiti il 20 aprile u.s. due nuovi gruppi di lavoro su tematiche di grande interesse ed attualità alla luce dei recenti avvenimenti che hanno visto protagonisti i nostri ospedali:

* Gruppo “Prevenzione delle infezioni ospedaliere”;

* Gruppo “Gestione sicurezza dei cantieri in ospedale”.

Lo scopo dei progetti è quello di elaborare linee guida nazionali che possano rappresentare un punto di riferimento per tutti i professionisti coinvolti nella gestione del risk management e della sicurezza dei cantieri in ospedale al fine di creare un percorso comune e condiviso a livello nazionale nell’affrontare tali tematiche.

In particolar modo per la gestione dei cantieri in ospedale si intende predisporre un piano formativo sia per i nostri colleghi che per gli operatori che lavorano negli uffici tecnici delle nostre aziende sanitarie, avvalendosi anche della collaborazione dei soci SIAIS, “Società Italiana dell’Architettura e dell’Inge-

gneria per la Sanità.”

E' stato riconfermata anche per il 2007 nell'ambito di un accordo sperimentale stipulato nel 2006 tra il CERMET (Ente per la Certificazione e la Ricerca della Qualità) e l'ANMDO il gruppo di lavoro su "Qualifica dei centri di sterilizzazione nell'ambito dell'accREDITamento volontario" (Coordinatore Dott. G. Finzi).

E' inoltre in via di definizione lo schema di un Progetto finalizzato alla definizione di un sistema formativo per i medici di direzione sanitaria che possa costituire per il suo contenuto e per la sua innovatività un modello di riferimento da mettere a disposizione della comunità nazionale. Inoltre è con piacere che vi comunico che a seguito della verifica ispettiva suppletiva svoltasi nel maggio u.s. nell'ambito della valutazione di certificazione di qualità, l'Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (A.N.M.D.O.) è stata riconosciuta idonea da parte del CERMET, ente per la certificazione e la ricerca della qualità la cui mission è quella di erogare servizi di utilità per le imprese e per il cittadino, il tutto in una posizione di raccordo con le problematiche legate all'ambiente, così delicate in una consapevole gestione delle attività aziendali.

E' stato riconfermato anche il Gruppo di lavoro ANMDO sulla definizione di indicatori di sala operatoria (Coordinatore Dott. F. Girardi). Quest'ultimo amplierà il numero dei partecipanti ai lavori provvedendo al coinvolgimento di tutte le regioni, e di conseguenza tutti gli ospedali, a livello nazionale.

Verrà mantenuta anche per il prossimo quadriennio la fattiva collaborazione dell'ANMDO con l'ISPESL e l'Università Cattolica.

Da ultimo è mia intenzione ringraziare il Tesoriere Nazionale ANMDO, Dr. Luca Nardi per la sua incessante attività.

Nel corso di questi quattro anni abbiamo dato alla nostra associazione un'organizzazione economico-

finanziaria al passo con i tempi e con le attuali normative, affidandoci a professionisti del settore e ricorrendo a modifiche statutarie per poter godere, per quanto possibile, dei benefici fiscali previsti. Questo salto di qualità, comunque oneroso da un punto di vista sia organizzativo che economico, ci garantisce una completa sicurezza fiscale/legale ed è fondamento per gli sviluppi futuri della nostra associazione.

I bilanci parlano di una sostanziale stabilità, e tranquillità, economica in cui le entrate compensano, di fatto, le uscite. Il bilancio 2006, chiusosi in attivo, è prova di questa stabilità economico-finanziaria mantenuta da questa gestione nell'arco del quadriennio concluso. Ritengo di aver rispettato il mandato affidatomi, in quanto durante questo quadriennio:

- abbiamo sanato quelle imperfezioni fiscali che ci portavamo dietro da decenni;
- abbiamo reso trasparente la contabilità della nostra Associazione sia a livello Nazionale che Regionale;
- abbiamo progettato ed attivato l'architettura bancaria che prevede un conto corrente madre nazionale e conti correnti figli regionali;
- siamo riusciti a portare nel bilancio, in maniera corretta e puntuale, tutte le entrate (sponsorizzazioni, donazioni, finanziamenti) sia Nazionali che Regionali e soprattutto tutte le uscite, con il sollievo di una ritrovata tranquillità fiscale.

Anche il resoconto economico di fine mandato è comunque positivo, la nostra associazione, l'A.N.M.D.O. è riuscita a superare senza danni il salto di qualità dell'Aziendalizzazione Certificata, per proiettarsi con assoluta tranquillità, e serenità, verso nuove sfide a difesa, e tutela, della professionalità di tutti gli associati.

Restano ancora da perfezionare alcuni aspetti:

- la corretta gestione e controllo

degli iscritti nelle varie Regioni, controllo che di per se è deputato ai Presidenti e Tesorieri Regionali, che devono interfacciarsi con le amministrazioni delle varie Aziende Sanitarie per verificare gli iscritti e la regolarità dei loro versamenti;

- la puntuale rendicontazione sia delle entrate economiche, che delle uscite, dei vari conti correnti Regionali, al Tesoriere Nazionale;
- la verifica e l'individuazione di coloro che ancora versano sul vecchio conto corrente UNICREDIT di Treviso, affinché si possa finalmente, a distanza di quattro anni, disattivare ed estinguere tale conto corrente;
- la necessità, ai fini della rappresentanza ARAN, che gli iscritti, dipendenti pubblici, versino le quote associative tramite la trattenuta sindacale in busta paga, da versare sul conto corrente UNICREDIT di Bologna;
- l'esortazione a tutti i Tesorieri Regionali, ad estinguere eventuali conti correnti residui di precedenti gestioni;
- la necessità di ricondurre tutti i versamenti (quote associative ed altro) sul Conto Corrente nazionale UNICREDIT di Bologna sanando le eventuali residue situazioni di regionalizzazione dei versamenti, situazioni che si erano instaurate nel corso degli anni precedenti e che al momento non hanno più ragione di esistere;
- la verifica, da parte dei Tesorieri e Presidenti Regionali, della correttezza dei versamenti associativi che, nel rispetto delle direttive ARAN, già a partire dal Gennaio 2005 è di 180 Euro annui.

Comunque, grazie alla collaborazione delle sezioni regionali, abbiamo portato a compimento quel programma di regolamentazione della tesoreria A.N.M.D.O., come prospettato all'inizio del mandato affidatomi.

Questa edizione del 33° Congresso Nazionale A.N.M.D.O. è carat-

terizzata dalla Assemblée Elettiva soci A.N.M.D.O. secondo le modalità previste dall'art.23 dello statuto vigente. E' stata presentata un'unica lista per le cariche sociali ANMDO per il quadriennio 2007-2011 a testimonianza del fatto che da parte dei soci è stata attribuita piena fiducia al lavoro svolto negli ultimi 4 anni di attività dalla Presidenza e dal Direttivo ANMDO uscenti, e dalla forte unità della Associazione stessa.

L'unica lista unitaria dei componenti il Direttivo Nazionale, nella quale sono rappresentate praticamente tutte le sezioni regionali, che è stata presentata per il quadriennio 2007-2011 e che a breve andremo a votare, è così composta: Dott. Alberto Appicciafuoco, Prof. Silvio Brusaferrò, Dott. Vincenzo Castaldo, Dott. Giovanni Dal Pozzolo, Dott. Andrea Antonio De Stefano, Dott. Carmelo Del Giudice, Dott. Carlo Di Falco, Dott. Bruno Falzea, Prof. Karl Kob, Dott. Renato Li Donni, Dott. Adriano Marcolongo, Dott. Antonio Montanile, Dott. Luca Nardi, Dott. Angelo Pellicanò, Prof. Gabriele Pelissero, Dott. Ugo Podner Komarony, Dott. Roberto Predonzani, Dott. Alessandro Rampa, Dott. Giuseppe Schirripa, Dott. Domenico Stalteri, Dott.ssa Maria Addolorata Vantaggiato. Il Prof. Ugo Luigi Aparo come Segretario Generale della Sezione Scientifica il Dott. Sergio Pili come Segretario Generale della Sezione Sindacale. Il Dott. Gianfranco Finzi è membro di diritto del Direttivo Nazionale secondo l'art. 14.1 dello statuto, in qualità di Presidente ultimo scaduto.

Le cariche sociali per il quadriennio 2007-2011 prevedono:

- **Presidente Nazionale:** Dott. Gianfranco Finzi
- **Vice Presidenti:** Dott. Andrea Antonio De Stefano, Dott. Carmelo Del Giudice, Prof. Gabriele Pelissero
- **Tesoriere Nazionale:** Dott. Luca Nardi
- **Rappresentante per la Presidenza per la Qualità:** Dott. An-

tonio Montanile

- **Segretario Generale della Sezione Scientifica :** prof. Ugo Luigi Aparo
- **Segretario Generale della Sezione Sindacale :** dr Sergio Pili
- **Segretario del Direttivo Nazionale:** Dott. Giuseppe Schirripa
- **Presidente Collegio dei Revisori dei Conti:** Prof. Francesco Longanella
- **Membri Effettivi:** Dott. Antonio Biamonte, dott. Giuseppe Zucarello
- **Membri Supplenti** Dott. Stefano Reggiani, Dott.ssa Francesca Casassa.

Da sempre la nostra associazione sostiene che il valore fondante dell'A.N.M.D.O. è quello di costituire una comunità di professionisti che condivide e promuove una forte visione comune di tipo deontologico, scientifico e professionale in un settore dell'attività sanitaria di fondamentale importanza per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e per la tutela della salute dell'intera Comunità Nazionale.

L'A.N.M.D.O. ritiene che la funzione di Direzione Sanitaria e ospedaliera costituisca una componente fondamentale e insostituibile di qualunque sistema Sanitario moderno, capace di assicurare alla popolazione efficacia efficienza e appropriatezza.

Sulla base di questi principi il programma presentato dalla lista unitaria sopracitata per il prossimo quadriennio è sinteticamente descritto nei seguenti punti:

- potenziamento del rapporto con le Istituzioni nazionali e regionali e con le forze politiche rappresentative del Paese;
- rinforzo del ruolo sindacale considerato come tutela della professionalità e dei legittimi interessi della categoria;
- riaffermazione del ruolo scientifico e ulteriore impegno nella promozione dello sviluppo della ricerca in tutti gli aspetti concernenti la professione;
- impulso alla produzione di linee

guida utili per il miglioramento continuo del SSN e per la sempre maggiore qualificazione dei medici di Direzione Sanitaria e di tutti gli operatori;

- promozione dell'immagine della categoria con tutte le iniziative volte a riaffermare il ruolo fondamentale e insostituibile della Direzione Sanitaria che sia a livello aziendale che di presidio deve essere affidata a professionisti con competenze e formazione adeguate in campo igienico-organizzativo;
- riaffermazione della centralità della Direzione Sanitaria e dei suoi medici in tutte le funzioni di governo tecnico sanitario delle strutture ospedaliere e territoriali (igiene; organizzazione e gestione ospedaliera; sicurezza; governo clinico; qualità; appropriatezza; rischio clinico; edilizia sanitaria);
- impegno per la formazione di base, specialistica e post specialistica, con particolare riferimento al collegamento con le scuole di specializzazione in Igiene e Medicina preventiva e con tutte le Istituzioni universitarie e statali interessate a concorrere allo sviluppo dei contenuti e delle competenze della nostra professione;
- adozione di una forte iniziativa associativa nei confronti dei giovani;
- rafforzamento del rapporto inter-associativo nella prospettiva di creare una rete di associazioni nella Sanità pubblica rivolta al coordinamento e all'integrazione dei principali momenti operativi;
- realizzazione di forti e crescenti rapporti internazionali, in particolare con i Paesi dell'Unione Europea, nella convinzione che il modello italiano di Direzione Sanitaria possa rappresentare un valido esempio di modello organizzativo e gestionale dei servizi sanitari.



Sistemi di Sterilizzazione

Qualità

Affidabilità

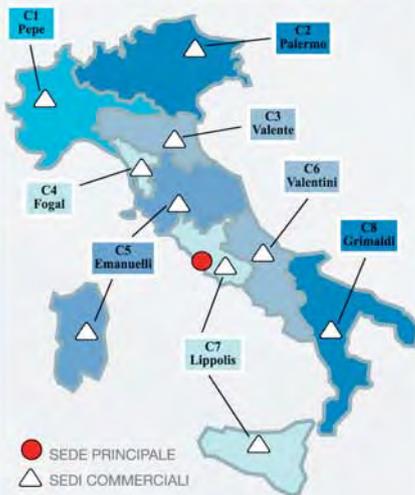
Sicurezza

Assistenza

Bassi Costi di Gestione

CISA S.p.A.
Via Pontina Km.28
00040 Pomezia
Roma - Italia
Tel.: +39-06-9114371
Fax: +39-06-9107565
www.cisagroup.it

Divisione commerciale
E-mail: d.vendite@cisagroup.it



Coordinamento
assistenza tecnica
Tel.: 06-9122288
E-mail: service@cisagroup.it



Sistemi di sterilizzazione disinfezione lavaggio

Sterilizzatrici a gas Plasma



Autoclavi e termodisinfettori

Sistemi trattamento Endoscopi



Lavaccessori e Arredi



Centrali di Sterilizzazione



Assistenza Clienti

Software



ITINERIS



NCS-WEB



RMS-WEB

www.cisagroup.it



La direzione sanitaria nell'evoluzione della sanità italiana

Riassunto

L'autore descrive in parallelo l'evoluzione della sanità italiana e della figura del Direttore Sanitario dall'Unità d'Italia ad oggi.

Summary

The author describes in parallel the evolution of the Italian Health Services and of the role of Clinical Directors, from the unification of Italy to the present day.

U. L. Aparo

Direzione Sanitaria Istituto Dermatologico dell'Immacolata di Roma-IRCCS

L'Unità d'Italia porta con sé l'esigenza di rendere uniforme su tutto il territorio nazionale la legislazione, ivi compresa quella relativa all'assistenza sanitaria e ospedaliera (1). Tale opera viene attuata con la legge 20 marzo 1865 n. 2248, della quale è parte integrante e costituisce legge autonoma il cosiddetto allegato C, che rappresenta la prima legge organica sulla sanità in Italia.

A rileggerla oggi può apparire ben poca cosa, ma in tempi nei quali l'assistenza sanitaria possedeva le caratteristiche dell'azione di carità sostenuta finanziariamente da lasciti e opere di beneficenza questa legge è considerata a buon titolo un punto di riferimento per il futuro.

La legge del 1865 viene sostituita dalla legge 22 dicembre 1888 n. 5849, rivolta soprattutto ai settori dell'igiene e della polizia sanitaria e da altre leggi di grande importanza come la n. 6792 del 17 luglio 1890, comunemente nota come legge Crispi, di portata storica per il mondo della sanità e dell'assistenza. Con tale provvedi-

mento gli ospedali, le case di riposo, le opere pie, che una statistica del 1896 stimava in oltre 23.000 con un patrimonio superiore ai due miliardi, vengono trasformati da enti privati in Istituti pubblici di assistenza e beneficenza.

Il provvedimento in larga parte era motivato dalla volontà dello stato liberale di sottrarre all'ambito cattolico Istituzioni di grande importanza dal punto di vista del controllo sociale.

L'operazione non sortisce in realtà grandi effetti in termini di miglioramento dell'assistenza, ma è comunque importante perché fa emergere e disciplina l'ormai senso comune del diritto all'assistenza ospedaliera, stabilendo che i requisiti per poterne beneficiare, costituiti e riconosciuti per legge, sono essenzialmente due: la povertà del malato e l'urgenza del ricovero. A tale proposito è opportuno ricordare che gli ospedali di quel tempo sono strutture che assolvono a malapena alla funzione assistenziale, talmente sono arretrati strutturalmente ed estranei ai progressi e alle conquiste della scienza medica e dell'igiene in partico-

lare. Nel 1899 il Regolamento Igienico Sanitario del Pio Istituto di S. Spirito di Roma afferma che "l'esercizio della beneficenza si compie mercé un razionale ordinamento dei servizi igienico-sanitari" e delinea chiaramente la figura e le funzioni del Direttore Generale sanitario e dei Direttori dei singoli ospedali. A proposito di quest'ultimi, il Regolamento recita "in ciascun ospedale il Direttore sanitario è a capo dell'alta e bassa famiglia, curando la piena ed esatta osservanza del regolamento e delle disposizioni tutte. Egli è responsabile verso il Direttore Generale degli Ospedali dell'andamento sanitario, igienico e disciplinare dell'Ospedale a cui presiede".

Il Regolamento degli Ospedali Romani del 1899 configurava il Direttore Generale sanitario come un esperto in Igiene ed organizzazione ospedaliera. Per i Direttori Sanitari si richiedeva un precedente periodo prestato al servizio degli ospedali ed un'età non inferiore ai 35 anni (2).

Subito dopo la guerra '15-'18 l'assistenza sanitaria, che si concentra quasi esclusivamente negli ospe-

**PAROLE CHIAVE:**

Sanità italiana; Direzione Sanitaria

KEY WORDS:

Italian Health Services; Clinical Direction

dali, conosce per la prima volta una grande crisi finanziaria. Per ovviare a ciò, diverse amministrazioni, che si reggono sui sempre più insufficienti contributi di ospedalità dei comuni e delle opere pie, si muovono con decisione sulla strada dell'offerta dei servizi a pagamento agli "abbienti", allontanando sempre più l'ospedale da una concezione caritatevole, migliorandone, al contempo, la struttura edilizia e la dotazione di attrezzature diagnostiche e strumentali. In questo modo, attraverso una politica di esasperata incentivazione della cosiddetta libera professione privata che attira inevitabilmente gli abbienti, l'Ospedale viene, di fatto, messo in mano alla categoria medica.

Ciò nonostante a cavallo degli anni '30 la crisi finanziaria dell'assistenza sanitaria s'allarga, coinvolgendo le amministrazioni locali e dissestando molti ospedali.

A questo punto il regime fascista decide di dare il via, nel quadro della politica cosiddetta corporativa, ad un sistema assicurativo-previdenziale in grado di assicurare, tra l'altro, l'assistenza sanitaria ai lavoratori. Con una serie di Regi Decreti successivi vengono così istituiti l'INAIL, l'INPS, l'INAM.

Nel 1938 con il R.D. 30 settembre 1938 n. 1631, noto come legge Petragagnani, la Direzione Sanitaria dell'Ospedale, per la prima volta, viene affidata non più a Medici generici, bensì a Medici igienisti versati nell'Igiene e nella Tecnica Ospedaliera. Si attuava in tal modo una disciplina degli aspetti tecnici della materia ospedaliera fino ad allora affidata alla regolamentazione locale. Gli organi tecnici direttivi dell'Ospedale venivano individuati nelle figure del Sovrintendente

Sanitario, del Direttore Sanitario, del Vice Direttore sanitario e dell'Ispettore sanitario.

Da tale Regio Decreto discendevano di fatto tre acquisizioni fondamentali:

1. l'obbligo per tutti gli ospedali generali di prima e seconda categoria e per quelli specializzati di prima categoria con una media giornaliera di almeno 300 ricoverati, di avere un Direttore Sanitario;
2. il delinearsi della figura tecnica del Direttore Sanitario quale esperto nel campo dell'Igiene, della tecnica e dell'assistenza ospedaliera;
3. l'attribuzione allo stesso Direttore Sanitario della responsabilità dell'Ospedale nei riguardi del funzionamento igienico e tecnico sanitario. Investito di tale responsabilità egli interviene con voto consultivo nel Consiglio d'Amministrazione cui porge la propria esperienza tecnica e a cui garantisce l'esecuzione delle norme deliberate. Costituisce, inoltre, il collegamento con gli organi centrali e periferici della sanità pubblica.

Il Regio Decreto del 1938 può essere giustamente considerato il primo tentativo del legislatore italiano di stabilire i principi tecnici dell'assistenza ospedaliera.

E alla Direzione Sanitaria veniva riconosciuto un ruolo fondamentale in piena sintonia con una tradizione che affondava le radici, sia pure con diverse dizioni, in un lontano passato, visto che già negli accampamenti dell'antica Roma esisteva una figura paragonabile al Direttore Sanitario.

Mentre nell'immediato dopoguerra, nel 1947, in Gran Bretagna il governo Attlee dà corpo organico

al diritto alla tutela della salute, istituendo il National Health Service, in Italia prosegue la politica di sviluppo della protezione assicurativo-previdenziale contro le malattie e gli infortuni.

Il proliferare di enti mutualistici determina forme assistenziali profondamente diverse tra loro, incontrollabili sia sotto il profilo qualitativo delle prestazioni erogate, sia della spesa sanitaria.

Il 25 maggio del 1964, nell'illustrare i compiti e le finalità della Commissione di Studio per la Riforma Ospedaliera da lui nominata, l'allora Ministro della Sanità on. Mancini affermava "ripensando criticamente all'elaborazione legislativa del passato, siamo indotti ad accogliere la considerazione che essa non poté restare indifferente al moto delle esigenze nuove che crescevano nell'evoluzione della società, ma giunse a darne solo tentativi di soluzione tecnica. L'unica innovazione di rilievo riguardò, con la legge del 1938, la Direzione Sanitaria dell'Ospedale, affidata per la prima volta a Medici Igienisti versati nell'Igiene e nella Tecnica Ospedaliera".

In questo riconoscimento, espresso ad oltre 25 anni di distanza, in un ben differente clima politico, sociale ed economico, si può notare, come ricordato in un articolo pubblicato nel 1965 dal prof. Elio Guzzanti sulla rivista "La settimana degli ospedali" dal titolo quanto mai attuale "Il problema della Direzione negli Ospedali del nostro tempo" (2), la validità del Regio decreto 1631 del 1938 per quanto concerne l'importanza degli organi tecnici direttivi dell'Ospedale, dalla Sovrintendenza Sanitaria alla Direzione Sanitaria.

Bisogna aspettare altri quattro anni prima che veda la luce, con la legge 12 febbraio 1968 n.132, meglio nota come legge Mariotti, la riforma ospedaliera.

La legge 132/1968 istituisce gli enti ospedalieri con finalità sanitarie vaste; classifica gli ospedali per specialità e importanza; avvia la

programmazione ospedaliera attribuendone la competenza alle istituende Regioni, costituisce il Fondo nazionale ospedaliero.

Nel mese di marzo del 1969, in base a delega contenuta nella 132/1968, vengono emanati tre decreti altrettanto importanti riguardanti:

1. l'ordinamento interno degli enti ospedalieri;
2. l'ordinamento interno dei servizi di assistenza sanitaria delle cliniche e degli istituti universitari di ricovero e cura;
3. lo stato giuridico del personale. Il DPR 27 marzo 1969 n. 128 ribadisce 30 anni dopo la legge Petragnani l'importanza della Sovrintendenza Sanitaria, prevista ove l'ente comprenda più ospedali, e della Direzione Sanitaria dell'Ospedale. Il Sovrintendente Sanitario ove previsto e i medici di Direzione Sanitaria dal Direttore Sanitario al Vice Direttore sanitario e all'ispettore sanitario, vengono individuati quali figure professionali fondamentali con competenze individuate e specifiche. Essi dirigono l'ospedale con compiti dettagliatamente individuati che li rendono garanti del buon funzionamento degli ospedali nell'interesse primario dei cittadini.

Da questo momento e fino alla promulgazione della legge 23 dicembre 1978 n. 833, istitutiva del SSN, la legislazione italiana, sia pure in maniera certamente non lineare e incontrando ostacoli pesanti, imbocca la strada del trasferimento alle Regioni delle competenze in materia sanitaria, cercando al contempo di chiudere il problema rappresentato dall'enorme situazione debitoria nella quale versano gli enti mutualistici.

Nel quadro dei provvedimenti di attuazione dell'ordinamento regionale viene emanato il DPR 14 gennaio 1972 n.4 con il quale viene disposto il trasferimento alle Regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, insieme al relativo personale e uf-

fici. Le competenze che rimangono allo Stato sono di carattere residuale. Successivamente, in attesa della riforma, con la legge 29 giugno 1977 n.349 vengono soppresse in via definitiva le mutue e con il DPR 24 luglio 1977 n.616 viene attuata l'integrale devoluzione alle Regioni delle competenze definite nell'articolo 117 della Costituzione.

E arriviamo così alla legge 23 dicembre 1978 n.833 che costituisce il punto normativo terminale di un progressivo lavoro di grande modificazione dell'organizzazione sanitaria nel nostro Paese.

Essa si basa sull'istituzione di un Servizio Sanitario Nazionale avente tre caratteristiche essenziali:

1. essere un sistema generalizzato o, per meglio dire, universale, che riguarda la totalità della popolazione;
2. essere un sistema unificato perché un solo contributo copre l'insieme dei rischi;
3. essere un sistema uniforme, perché garantisce le stesse prestazioni a tutti gli interessati.

Con questa legge l'Italia, vent'anni dopo la Gran Bretagna, rende concreta la salvaguardia del diritto dei cittadini della salute, prevista dall'articolo 32 della Costituzione.

Per realizzare il fine per il quale è stata approvata la legge di riforma sanitaria deve essere attuata attraverso un forte consenso politico e sociale. Il compito non è facile, perché la realtà è molto diversa da Regione a Regione e, molte volte anche nell'ambito delle singole Regioni. La 833/78 trova quindi immediati ostacoli alla sua concreta applicazione. Oltre a ciò nel 1981 emergono pesantissimi buchi di carattere finanziario e viene avviata una campagna contro la spesa sanitaria che viene dipinta come improduttiva e fonte di spreco e di sperpero. La pubblica opinione si fa così l'idea negli anni '80 che il Servizio Sanitario sia tra i maggiori responsabili del dissesto finanziario nel quale versa il Paese. Sban-

dierando lo slogan "meno Stato, più mercato" alcuni settori politici ed economici premono, in maniera peraltro confusa, per un cambiamento della politica sanitaria in direzione "americana". Nel 1987 la risposta da parte del governo consiste nella presentazione di un progetto di legge che introduce nella sanità il concetto aziendale.

Il progetto di legge decade per la fine della legislatura, come pure nella successiva un altro simile, che contiene in più la scomparsa dei comitati di gestione. La politica ha distrutto la sanità, fuori la politica dalla sanità dichiara il ministro De Lorenzo, ottenendo peraltro un buon consenso.

Il suo progetto comunque non prevede lo smantellamento del SSN ma la sua trasformazione in un mercato sociale nella quale esistono i produttori (gli ospedali) e gli acquirenti di prestazione (le USL per conto dei cittadini). E' l'impostazione che Margaret Thatcher ha dato alla sua controriforma sanitaria in Gran Bretagna. Va sottolineato, comunque, come in questi anni burrascosi il SSN, nonostante i gravissimi problemi esistenti, riesca a raggiungere risultati ragguardevoli e determinante è il contributo fornito dai medici di Direzione Sanitaria per assicurare la qualità dell'assistenza sanitaria erogata.

Il 1992 è l'anno della svolta. Dopo le elezioni politiche di aprile, nulla sembra essere come prima. Scoppia tangentopoli, vengono assassinati i giudici Falcone e Borsellino. L'opinione pubblica è scossa al punto da trasformare la crisi economica mondiale, che si fa ovviamente sentire anche nel nostro Paese, in esclusivo prodotto del malgoverno. Tutti i sistemi sanitari dei Paesi maggiormente industrializzati attraversano una crisi più o meno profonda e non sfugge certamente a questa situazione l'Italia, alle prese non solo con la necessità di razionalizzare le risorse, ma anche con un evidente eccesso di politicizzazione del SSN.

Il 23 ottobre 1992 viene emanata la legge 421 "Delega al governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale". Da tale importante provvedimento scaturisce il decreto legislativo 23 dicembre 1992 n. 502 modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993 n.517.

Questi due decreti si configurano come mezzo per migliorare il funzionamento del SSN e prevedono fra l'altro che l'USL diventi azienda dotata di personalità giuridica pubblica, guidata da un direttore generale, organismo a carattere monocratico e che gli ospedali aventi determinate caratteristiche siano scorporati e diventino aziende. Scompare il Sovrintendente Sanitario e compare il Direttore Sanitario aziendale.

A questo proposito va sottolineato come, al posto di una figura professionale medica ben delineata nelle sue competenze, ad estrazione igienistica, profondo conoscitore dell'organizzazione e garante della continuità, viene individuato un medico con esperienza almeno quinquennale di direzione, non obbligatoriamente apicale, privo di competenze definite, a contratto, scelto dal Direttore Generale con una durata di attività strettamente connessa a quella del Direttore Generale stesso. Il prof. Candia paragonò questa situazione a quella di una vedova indiana. Senza che abbia importanza alcuna se sia capace o no, il Direttore sanitario d'azienda viene sacrificato sulla pira al momento in cui il Direttore Generale cessa di ricoprire il proprio incarico la cui definizione è in realtà a valenza squisitamente politica. Il Direttore Sanitario dell'Ospedale resta, ma non è ben chiaro quali siano le sue funzioni e soprattutto i suoi ambiti di competenza rispetto non solo ai Direttori Sanitari di azienda, ma anche ai Capi Dipartimento.

Se l'intento lodevole era quello di migliorare il funzionamento del Ser-

Il 1992 è l'anno della svolta. Dopo le elezioni politiche di aprile, nulla sembra essere come prima. Scoppia tangentopoli, vengono assassinati i giudici Falcone e Borsellino. L'opinione pubblica è scossa al punto da trasformare la crisi economica mondiale, che si fa ovviamente sentire anche nel nostro Paese, in esclusivo prodotto del malgoverno.

vizio Sanitario tramite l'aziendalizzazione, andava sicuramente tenuto presente che aziendalizzazione significa corretta applicazione della Governance, con collocazione delle persone giuste al posto giusto, con particolare riguardo alla figura di colui che deve prendere decisioni (il Direttore Generale) e di colui che deve esercitare la funzione di direttore della produzione (il Direttore sanitario di azienda) (3).

E l'aziendalizzazione parte con questo peccato originale. Proprio queste due figure cardine di qualsivoglia governance aziendale vengono solo sommariamente individuate e le loro competenze non sono chiaramente individuate. Se poi si voleva diminuire l'ingerenza della politica attraverso l'aziendalizzazione, il fatto che il direttore generale è a nomina politica rappresentava in partenza una vanificazione dell'intento.

Sostanzialmente con la riforma sanitaria del 1992 è stata affidata la responsabilità gestionale ad una nuova burocrazia manageriale che gestisce le aziende sanitarie in forza dei poteri delegati dalla politica in assenza di una tradizione e di una formazione professionale specifica. L'innovazione principale (e anche quella più discussa e contestata) ha riguardato l'istituzione della figura del direttore generale

di nomina politica dietro il tenore di un registro regionale degli idonei, su base fiduciaria e per un periodo predeterminato, con l'indicazione esplicita di obiettivi predefiniti, al cui raggiungimento è legata parte della remunerazione. Analogamente la responsabilità gestionale dei principali settori operativi dell'azienda è stata affidata a professionisti (che continuano però ad avere rapporti di dipendenza con il SSN) cui il direttore generale affida fiduciarmente specifici compiti di gestione, in forza di contratti a termine, previa una generica valutazione professionale di idoneità.

L'assunzione implicita di questo modello di riforma del funzionamento e dell'organizzazione del SSN è che un diffuso e articolato sistema di incentivi permetta di guidare il comportamento dei singoli e delle organizzazioni sanitarie, garantendo l'efficienza economica delle scelte assistenziali in attuazione degli indirizzi politici, sensibilità alle preferenze dei destinatari e controllo dei costi. In realtà l'applicazione di questo modello alle organizzazioni sanitarie pubbliche ha creato due problemi fondamentali sul piano del governo delle aziende sanitarie:

1. l'aziendalizzazione, fondata sulla premessa di una separazione fra dominio della politica ed ambito della gestione, ha prodotto una maggiore politicizzazione delle scelte gestionali e della stessa alta burocrazia professionale, creando nuovi problemi fra politici, medici e manager;
2. il diffuso processo d'incentivazione dei comportamenti professionali ha comportato il determinarsi di comportamenti disfunzionali agli interessi collettivi dell'organizzazione e l'ulteriore erosione delle relazioni fiduciarie (4).

Queste riflessioni non devono condurre alla conclusione che l'aziendalizzazione costituisca un errore e vada rigettata. Ma devono comunque far riflettere con l'obietti-

vo di individuare gli elementi che devono essere corretti al fine di consentire una corretta applicazione dell'aziendalizzazione stessa.

E, infatti, a soli sette anni di distanza viene avvertita la necessità di una nuova riforma sanitaria. Il Decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229 "Norme per la razionalizzazione del SSN" rappresenta però, in realtà, un passo indietro dal punto di vista dell'autonomia organizzativa e programmatica delle regioni ed è sicuramente indice della difficoltà in cui si muove l'intero sistema politico, istituzioni e partiti, che non riescono a raccordarsi e a stabilire regole e tavoli comuni di discussione.

I cardini della 229/99 risultano così l'esclusività del rapporto di lavoro per i medici e il potenziamento del ruolo del territorio e della formazione, mentre le problematiche relative all'aziendalizzazione in sanità restano immutate.

Permane così un ordinamento in cui il direttore generale riveste il doppio ruolo di agente locale di un principale regionale, da cui è nominato e dal quale può essere revocato e di principale di una nutrita serie di agenti che lui stesso ha nominato e ai quali è legato da rapporti contrattuali che specificano gli obiettivi da raggiungere e definiscono la remunerazione per il loro raggiungimento.

Rispetto alle aziende sanitarie il politico regionale ha funzioni analoghe a quelle svolte in imprese private dal board of directors, con la responsabilità nell'ambito di indirizzi stabiliti dalla legge, di ricercare, selezionare, nominare e revocare i direttori delle aziende sanitarie e di definire livello e forma del loro compenso. Il rapporto di agenzia fra il politico regionale che detiene il potere tipico della proprietà e il direttore generale dell'azienda cui spettano i poteri decisionali di gestione determina un incentivo alla collusione fra direttore e politici locali, accentuando la tensione fra lealtà di sistema e adesione

alle preferenze locali. A questo problema può essere ricondotta la periodica riproposizione di schemi per dotare le aziende sanitarie di un consiglio di amministrazione in cui siano rappresentati gli enti locali. In Italia il ruolo fiduciario dell'alta dirigenza delle aziende sanitarie ha determinato un elevato turnover dei direttori generali e, di conseguenza dei direttori sanitari di azienda. Infatti, i loro incarichi hanno avuto tra il 1996 e il 2002 una durata media di 3,3 anni e nel 45% dei casi non hanno raggiunto i due anni. Questa precarizzazione del rapporto di lavoro è stata compensata monetariamente, ma ha comportato implicazioni reputazionali e conseguenze sui processi aziendali.

Gravi ripercussioni reputazionali hanno interessato tutta la categoria dei direttori sanitari, in quanto tanti direttori sanitari aziendali che nulla avevano a che fare con l'estrazione formativa e culturale dei medici di direzione sanitaria a valenza igienistica e che erano del tutto sprovvisti di competenze manageriali hanno pesantemente intaccato la reputazione globale dei direttori sanitari che al danno hanno dovuto anche aggiungere questa ulteriore beffa.

Questa beffa è diventata evidente quando il Natale del 2003 ha regalato ai direttori sanitari un "Disegno di legge recante principi fondamentali in materia di SSN" proposto dall'allora Ministro della Salute on. Sirchia, che ha suscitato in tutti noi più che rabbia, amarezza e delusione.

Delusione perché dopo aver cercato inutilmente di puntare l'indice sull'esasperazione dell'economicismo, sulla lottizzazione dei direttori generali, sulla monocraticità del loro potere, ci aspettavamo delle modifiche caratterizzate da proposte di ampio respiro che affrontassero i nodi del SSN e dell'aziendalizzazione, del finanziamento del SSN e della sua gestione e certamente anche della direzione. Non è stato così. Quel disegno legge ha

tentato di scalfire il potere monocratico del Direttore Generale andando a colpirne un fianco: quello rappresentato dal Direttore Sanitario.

Come? Attraverso l'introduzione di una novità assoluta: il Coordinatore clinico aziendale. Invenzione senza precedenti nell'organizzazione sanitaria italiana e senza significativi riscontri nei principali sistemi sanitari degli altri paesi. Il compito di questa nuova figura appariva quanto mai complesso e delicato, consistendo nel governo delle attività cliniche, nella programmazione, organizzazione, sviluppo e valutazione delle attività tecnico-sanitarie. Veniva da chiedersi come mai...

Perché un disegno organizzativo del genere? Certamente è possibile che un chirurgo, un radiologo e un pediatra, tanto per fare un esempio, possano avere capacità organizzative e siano quindi capaci di svolgere al meglio il ruolo di Coordinatore clinico. E' però anche possibile che il popolo dei clinici elegga un collega che non abbia queste capacità, ma le cui doti siano soprattutto funzionali a fare da contraltare al Direttore Generale. In questo caso veniva da chiedersi, è corretto affidare le sorti dell'ospedale a chi non ha specifiche competenze, formazione e attitudini?

Non è preferibile proprio nell'interesse di tutti i professionisti sanitari dell'organizzazione e per i malati che i compiti di programmazione, organizzazione, sviluppo e valutazione delle attività tecnico-sanitarie vengano affidate ad un medico con specifica competenza ed esperienza in materia organizzativa, capace di affrontare i problemi di tutte le unità operative cliniche con competenza ed imparzialità? Ebbene questa figura esiste da decenni ed è strettamente connessa all'evoluzione della sanità nel nostro Paese. E' il Direttore sanitario e costituisce, quando adeguatamente valorizzata, un insostituibile presidio nell'interesse dell'ospeda-

le, di tutti i suoi professionisti sanitari e non e, soprattutto, dei malati. Parlo del Direttore sanitario di formazione igienistica che abbia arricchito la propria particolare e specifica preparazione di forti contenuti manageriali, che abbia attitudine alla leadership, che sia capace d'integrarsi nella governance aziendale e che sia capace di non dimenticare mai di essere un medico, che deve essere capace di essere considerato un autorevole interlocutore da parte degli altri medici e, al contempo, un coordinatore, uno stimolatore e un mediatore fra tutte le diverse figure professionali che svolgono la loro attività nell'ambito di un sistema complesso ospedaliero.

I Direttori Sanitari costituiscono una categoria numericamente limitata, con un peso sindacale proporzionato, poco capaci di fare lobby, poco propensi a scendere in piazza o a bloccare la vita ospedaliera. Anzi, quando gli altri lo fanno è il momento in cui sono maggiormente impegnati a limitare i danni per i pazienti e per l'organizzazione. Il che, purtroppo, non fa notizia. E quando qualcosa non va, quando l'organizzazione ha delle falle il magistrato penale sa bene a chi rivolgersi. E questo, invece, ogni tanto fa notizia.

I Direttori Sanitari sono abituati a questo ruolo e a questa responsabilità.

I Direttori Sanitari s'aspettavano nel 2003 qualche intervento correttivo sull'attuale sistema di direzione, fiduciario e non di carriera, che ha dimostrato nel tempo i suoi limiti. I Direttori Sanitari si sarebbero aspettati che l'intervento sulla direzione fosse orientato non tanto e non solo a temperare il potere monocratico del direttore generale, ma a definirlo meglio nei contenuti e nelle forme.

Separando eventualmente la funzione tecnica da quella politica. E se per quest'ultima è immaginabile un carattere transitorio legato alla fiducia del potere politico che la

da e la toglie, quella tecnica dovrebbe avere una maggiore stabilità per garantire l'indispensabile continuità di governo.

Stabilità che era propria della figura tecnica del Direttore sanitario di estrazione igienistica e che è rimasta propria al giorno d'oggi solo del Direttore sanitario di ospedale perché come ho già detto è dal 1992 che il direttore sanitario di azienda può essere scelto fra chi ha maturato un'esperienza clinica, costituendo il possesso del diploma di specialità nell'area di sanità pubblica soltanto un titolo preferenziale, generalmente ignorato. In questa prospettiva ci avrebbe fatto piacere, per esempio leggere delle proposte che, in uno scenario di ampio respiro, individuasse il percorso formativo dei manager sanitari. Non è nell'interesse dei cittadini che un direttore sanitario di azienda, responsabile della clinical governance, sia genericamente un medico che abbia maturato cinque anni di qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione, senza che sia neanche specificato che li abbia maturati da Primario o Dirigente di struttura complessa che dir si voglia.

Oggi può assumere le funzioni di direttore sanitario di azienda un medico con cinque anni di servizio senza che esistano parametri di valutazione che garantiscano che possieda le competenze professionali specifiche per assumere la responsabilità della direzione della produzione e della Clinical Governance. Competenze che spaziano dall'epidemiologia ed acquisizione d'informazioni per la valutazione, alla sintesi organizzativa, dalle strategie decisionali ai rapporti con il pubblico, dall'igiene, prevenzione, sicurezza, medicina legale e risk management al controllo di gestione, dalla gestione delle risorse alla formazione e che richiedono capacità di comunicazione e solide basi culturali che si acquisiscono con

il tempo e con molta, tanta preparazione e fatica.

E un ruolo fondamentale lo riveste l'Università e le scuole di specializzazione in Igiene in particolare, che devono impegnarsi ad una fondamentale attività di revisione continua dei contenuti d'insegnamento al fine di formare, anche grazie al nostro contributo, medici igienisti capaci di perseguire l'eccellenza nella loro attività di Direzione sanitaria.

Il disegno legge del 2003 non ha mai visto la luce, ma la situazione non è cambiata. I governi lamentano i costi pubblici dell'assistenza sanitaria, i pazienti l'insensibilità dei sistemi sanitari alle loro aspettative e i medici, compresi i medici di direzione sanitaria, sono sostanzialmente infelici e vociferano di andare in pensione appena possibile. Questa affermazione non è mia e non è neanche italiana. Ho citato un fortunato editoriale del *British Medical Journal* (5), che dimostra, a parziale consolazione, che tutto il mondo è paese.

La sintomatologia è dovuta essenzialmente ai limiti imposti alla tradizionale autonomia professionale dei medici sia dalla autorità della nuova burocrazia manageriale che gestisce le grandi organizzazioni sanitarie moderne, sia dalle aspettative crescenti dei cittadini e degli utenti dei servizi sanitari. Oggi si fa un gran parlare di governo clinico, cattiva traduzione della *Clinical Governance* (6)(7).

Ma, in estrema sintesi la rielaborazione del concetto di governo clinico come problema di governo aziendale è essenzialmente un tentativo di ricomporre il conflitto di potere fra la burocrazia professionale medica, tanto coesa verso l'esterno quanto divisa al proprio interno e forte di un'ampia legittimizzazione esogena, rispetto alla nuova burocrazia manageriale che gestisce le aziende sanitarie in forza dei poteri delegati dalla politica in assenza di una tradizione e di una formazione professionale spe-

cifica. Nella bozza di legge attualmente in circolazione sull'ammendamento della 229/99 il direttore sanitario viene poco menzionato e non si accenna minimamente alla necessità di definire le competenze del direttore sanitario d'azienda. La sensazione è che la montagna stia nuovamente partorendo un topolino.

Ci farebbe piacere individuare nel nuovo testo di disegno legge elementi atti a farci comprendere quali potrebbero essere i correttivi da applicare in tema di azienda sanitaria a parte ribadire che devono funzionare organismi quali il Collegio di direzione che peraltro erano già previsti sia pure in larga parte inapplicati. Se l'obiettivo dell'equilibrio di bilancio non può essere assunto come unico valore di riferimento sarebbe interessante intravedere proposte atte a conciliare questa critica con il dettato di recenti leggi finanziarie che prevedevano la decadenza dei direttori generali le cui aziende non avessero raggiunto quell'equilibrio. Sarebbe interessante intravedere novità riguardanti il sistema di finanziamento per DRG e non solo proposte centraliste concernenti la sicurezza o i servizi d'ingegneria clinica, vaghi, non inseriti in una logica di governance e, addirittura, potenzialmente pericolosi in fase attuativa. O leggere di corsi di formazione dedicati ai direttori generali e tenuti dalla scuola di pubblica amministrazione ignorando che la formazione manageriale di tutti i medici, con livelli evidentemente diversi di approfondimento, costituisce la conditio sine qua non per il buon funzionamento del SSN e deve essere realizzato attraverso una strettissima alleanza tra il mondo lavorativo e l'Università il cui ruolo è di straordinaria importanza e che non può essere in alcun modo ignorato. Ai direttori sanitari non può essere chiesto di pagare un ulteriore conto per una serie di errori del passato, vedi la mancata definizione delle competenze del direttore sanitario d'azienda, di cui certo non

sono colpevoli. Queste problematiche sono state portate dall'ANMDO all'attenzione della classe politica. La sensazione è che quantomeno la volontà di spazzare via i Direttori Sanitari, ammesso che sia mai esistita, sia attualmente superata. Anzi. Molte normative regionali hanno rafforzato i compiti delle direzioni sanitarie, anche se permangono comunque gli equivoci sulla dizione di direzione sanitaria. Parliamo di direzione sanitaria aziendale o di presidio ospedaliero? Sulla G.U. della Repubblica Italiana del 28/7/2007 è stata pubblicata la Deliberazione 25 luglio 2007 della camera dei deputati che ha stabilito l'"Istituzione di una Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali". All'art.3 comma f viene affidato alla Commissione il compito di "verificare se vi sia la necessità di rafforzare il ruolo, le funzioni e le responsabilità dei direttori sanitari". A tal proposito potrebbe essere opportuno rappresentare che il direttore sanitario sino ad un decennio fa era il garante pubblico del buon andamento dell'ospedale e che la sua stabilità in carriera consentiva continuità di governo. Una stabilità che dava anche maggiore forza all'autorevolezza e credibilità personale nel momento in cui era chiamato a formulare piani strategici di lungo respiro e ad assumere impegni. Una stabilità disciplinata da norme chiare nello sviluppo della carriera, che cementava il senso di appartenenza all'ospedale di cui si aveva la guida. E questo orgoglio dell'appartenenza costituiva il valore aggiunto dell'istituzione e per l'istituzione. Niente è definitivo in questo mondo e anche le carriere e le funzioni passano. Sono sparite dal panorama della sanità pubblica figure storiche come l'ufficiale sanitario e il medico condotto. E dopo qualche lamento, anche forte, nessuno alla fine si è agitato più di tanto. Morto un papa se ne fa un altro. Però un papa ci vuole. Baroni poco rampanti e Visconti assai di-

mezzati servono a poco (8). E avendo caratterizzato con la nostra presenza l'intera evoluzione della sanità del nostro paese siamo fiduciosi che il ruolo, le funzioni e anche le responsabilità dei direttori sanitari vengano più che rafforzate, chiaramente individuate tra direttori di azienda e direttori di presidio ospedaliero e basate sulle competenze, anch'esse ben individuate. I medici di Direzione Sanitaria hanno fiducia nel Parlamento e hanno fiducia nelle Regioni e sono sicuri che verranno introdotti i correttivi necessari che consentano di non penalizzare il ruolo fondamentale dei clinici e di non penalizzare al contempo l'azione direzionale. Un'azione che per essere ottimale, particolarmente in sistemi complessi come quello sanitario, deve prevedere una forte coesione interna, una vision strategica di ampio respiro, specifiche sensibilità. E competenze ribadisco ancora che non s'inventano dalla notte al mattino.

Bibliografia

1. *Bruttura R: Appunti per una storia della Sanità italiana. Sito Internet www.societasalutediritti.com*
2. *Guzzanti E: Il problema della direzione negli ospedali del nostro tempo. La settimana degli ospedali 1965; 2: 185-203*
3. *Aparo UL: Ruolo della direzione sanitaria nei nuovi assetti aziendali. L'Ospedale 2006; 4:12-14*
4. *Grilli R; Taroni F: Governo clinico. Il pensiero scientifico Editore; 2004, Roma*
5. *Smith R: Why are doctors so unhappy? BMJ 2001; 322:1073-1074*
6. *Aparo UL; Tabolli S: Il Direttore Sanitario e la Clinical Governance. Igiene e Sanità Pubblica 2002; 1/2:63-74*
7. *Aparo UL: Il mosaico della Clinical Governance. L'Ospedale 2005; 4:8-11*
8. *Catananti C; Aparo UL: Il destino dei direttori incrociati... Panorama della Sanità 2004; 2:13-16*

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



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

ZBS
Zaccaria Barrier System

La Zaccaria ha progettato e realizzato un sistema dedicato alla gestione di prodotti, derivanti da vari tessuti tecnici riutilzzati, 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 kit specifici dedicati, le esigenze del team operatorio e di rispondere alle problematiche che si evidenziano durante l'attività chirurgica.

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

ACQUA PURIFICATA PER LA PRODUZIONE DI 100
PRODOTTI PER LA SALA OPERATORIA

COPE
**MEDICAL
FABRICS**

Ricerca e sperimentazione...

ZACCARIA
www.zaccariaspa.net

Quale innovazione nei modelli gestionali

Riassunto

L'innovazione dei modelli gestionali delle aziende sanitarie deve rispondere a esigenze di miglioramento dei servizi al cittadino, di integrazione delle varie componenti aziendali, di semplificazione dei processi decisionali, di facilitazione del percorso assistenziale; non a logiche contingenti di prevalenza di assetti di potere.

La distribuzione delle competenze e delle responsabilità tra i dipartimenti e la direzione ospedaliera e distrettuale è uno snodo cruciale del modello gestionale.

Negli ultimi 10 anni si è dato molto spazio al riconoscimento ai clinici delle posizioni di carattere "manageriale", inflazionandole, mentre sarebbe necessario dare maggiore riconoscimento alle capacità professionali utilizzando ognuno per fare bene ciò che sa fare.

Summary

The innovation of the management models of the Aziende Sanitarie has to follow different requirements: improvement of the citizens' services, integration of the several parts of the firms, simplification of the decisional processes, facilitation of the treatment plans; not to the predominance of the power structures.

The distribution of the competences and the responsibilities between the Departments, the hospital direction and the district is a crucial key of the managerial model.

In last the 10 years clinicians have taken too much importance and acknowledgment as hospital manager; recognizing professional skills it would be more appropriate in order to let the professional workers to act in the best way what they know doing better.

U.Podner Komaromy

Direzione sanitaria casa di cura Villa Grazia - San Carlo Canavese (To)

Nell'ultimo decennio il sistema sanitario italiano ha registrato molte innovazioni, tra le quali:

- l'aziendalizzazione
- il sistema di valorizzazione a DRG
- l'istituzione dei distretti e dei dipartimenti
- la deospedalizzazione.

Queste innovazioni sottendono tutte sostanzialmente all'obiettivo di ridurre i costi del sistema rendendolo più efficiente.

Se l'obiettivo sia stato raggiunto è da dimostrare, visto che l'incremento di costo del sistema nel periodo è stato molto più alto dell'incremento di PIL, ma non è questa la sede per affrontare l'argomento.

Oltre alle mutazioni di sistema e alla scarsa coerenza delle norme di diretto riferimento, nell'aziendalizzazione si sono introdotte alcune modifiche organizzative che rendono necessario ripensare il ruolo delle DMO nei confronti delle strutture cliniche, in particolare:

- la crescente specializzazione dei servizi di staff alla direzione aziendale
- il riconoscimento di più ampie autonomie gestionali alla componente clinica e infermieristica
- L'affermazione del modello dipartimentale (1)

La prima è stata spesso gestita e avviata dalla DMO e dai medici di organizzazione, come la conquista di più ampie autonomie gestionali da parte della componente

clinica e assistenziale ha spesso richiesto che la DMO assumesse un forte ruolo di guida e di coordinamento dei professionisti per allineare le loro proposte agli obiettivi aziendali. Ora, però, che i servizi di staff hanno raggiunto elevati livelli di specializzazione e di legittimazione e la tendenza al decentramento è stata concretizzata con l'organizzazione dipartimentale si rende necessario ridefinire il ruolo della DMO.

Con l'organizzazione ospedaliera per dipartimenti, si tende alla riconduzione ad una gestione unitaria di una organizzazione frammentata in troppi primariati, corrispondenti a specialità e sottospecialità, ognuno tendente a disporre di un proprio organico medico e infermieristico, di un proprio re-



PAROLE CHIAVE: Modelli gestionali, competenze professionali, dipartimenti, management sanitario

KEY WORDS: Management models, professional skill, departments, health management

parto di ricovero, di proprie attrezzature di uso esclusivo, quando non anche di proprie sale operatorie, di una propria indipendenza organizzativa che non teneva conto delle ricadute che le proprie scelte operative avrebbero avuto sulla funzionalità delle altre unità operative.

Questa proliferazione dei primariati non sempre rispondeva ad esigenze di competenza specifica diagnostico-terapeutico-assistenziale e di consistenza quantitativa della domanda, ma sovente veniva piuttosto incontro ad aspettative di valorizzazione professionale di singoli operatori e di conseguente indipendenza gestionale.

Caratteristica del Dipartimento è la condivisione delle risorse umane, spaziali, tecnologiche e strumentali; e l'assegnazione di un budget di spesa, che il Direttore deve gestire rendendolo compatibile col budget di prodotto (Dipartimento strutturale, o verticale); oppure la collaborazione e condivisione di un'attività complessa per il raggiungimento di un obiettivo comune (Dipartimento Funzionale, o per obiettivi, o orizzontale).

Le resistenze alla concretizzazione di questo modello sono sempre state notevoli: la Legge impone i dipartimenti ospedalieri già nel 1974, ma per 20 anni rimangono lettera morta; la concretizzazione formale avvenuta nell'ultimo decennio non ha avuto frequente corrispondenza sostanziale, anche per l'assenza di preparazione e di motivazione di coloro che sono stati incaricati di dirigerli, i quali sovente incontrano notevoli difficoltà sia ad ottenere all'interno del Dipartimento la condivisione degli obiettivi di razionalizzazione e contingentamento delle risorse, sia a gestire una dis-

tribuzione efficace delle risorse. L'imposizione del modello dipartimentale, la sua adozione generalizzata, l'attribuzione della direzione ad un clinico che mantiene le sue competenze e responsabilità cliniche, se da un lato può rispondere sia all'esigenza di rendere più efficiente il sistema decisionale che a quella di coinvolgere i clinici nei processi decisionali strategici, dall'altro hanno creato e creano una serie di problemi e difficoltà che hanno indotto il legislatore a cercare soluzioni con l'istituzione di nuove figure (v. coordinatore clinico) e le Aziende Sanitarie a ricercare modelli gestionali che rendano compatibili le varie esigenze, sovente contrapposte, di rispondenza al dettato legislativo, di pace sociale (= consenso o almeno non opposizione degli operatori o dei gruppi di potere interni all'Azienda), di unitarietà di gestione, di utilizzo delle risorse disponibili, con la sovente scarsa competenza e orientamento manageriale di coloro ai quali deve essere affidata la direzione dei dipartimenti.

Il legislatore italiano, per quanto riguarda la sanità, da molti anni prende a riferimento il modello inglese; così è stato anche per i dipartimenti, dimenticando 2 aspetti fondamentali:

- 1) la cultura permeata di etica calvinista dei paesi anglosassoni e nord europei, contrapposta all'individualismo mediterraneo
- 2) la presenza nel sistema sanitario italiano di una figura e di una professionalità di medico manager mancante nell'organizzazione sanitaria degli altri paesi, il medico di direzione sanitaria, lo specialista in igiene e organizzazione, cioè lo specialista

del tessuto connettivo dell'ospedale e dell'organizzazione sanitaria, già abituata a ragionare in termini di insieme e non di "particolare", in termini di prodotto e di risorse disponibili.

In questa applicazione del modello di organizzazione dipartimentale si pone quindi il problema di come raccorderla con l'esistente, cioè con la presenza della direzione dell'ospedale su quali debbano essere i rapporti tra la direzione di presidio e i dipartimenti si sono declinati vari modelli di gestione dell'ospedale, sui quali certamente disserteranno i prossimi relatori. A me pare che i modelli finora presentati siano riconducibili sostanzialmente a 3 fattispecie (1 - 2):

1) DMO sovraordinata = Responsabile dell'ospedale e del budget dell'ospedale.

È in sostanza il delegato del Direttore Generale; i dipartimenti hanno parte del budget, i rapporti tra i dipartimenti e la direzione generale sono filtrati dalla DMO - è un modello particolarmente adatto per le ASL, ma adottato anche in diverse Aziende ospedaliere.

La figura del DMO è sostanzialmente corrispondente a quanto il DLgvo 229/99 prevede per il Direttore di Distretto.

La Direzione degli ospedali prevista in ogni ASL nella proposta di PSSR del Piemonte pare essere su questa linea.

Vantaggi: forte unitarietà di gestione. Può avvalersi dei servizi di staff della Direzione strategica.

Comporta elevata competenza manageriale e professionalità, capacità di mediazione e di assunzione di responsabilità, forte autonomia, stretta condivisione degli obiettivi aziendali, forte "feeling" con la direzione generale ed è necessariamente legata alle sue fortune.

Modello tipico delle grandi aziende private.

2) Dipartimento di DMO : in concreto appare essere in staff alla Direzione strategica e sembra attagliarsi meglio alle Aziende ospedaliere; mantiene alcune

funzioni e responsabilità dirette (es. Igiene ospedaliera, Risk management, ecc..Organizzazione del “tessuto connettivo” dell’ospedale), per altre è di supporto alla Direzione generale.

E’ in posizione paritaria agli altri dipartimenti.

Può avere proprie articolazioni a supporto degli altri dipartimenti o gruppi di essi.

Può avere propri rappresentanti nel Consiglio degli altri dipartimenti.

3) DMO inesistente:

I dipartimenti si rapportano direttamente con la direzione aziendale.

I medici di igiene e organizzazione sono inquadrati all’interno dei dipartimenti a supporto del direttore di dipartimento e da lui dipendono.

Problemi: manca unitarietà di gestione dell’ospedale, e ciò è particolarmente pericoloso se si tratta di ASL. Frustrante per i medici di igiene e organizzazione in quanto non vi è possibilità di crescita professionale (se non da autodidatta) nè prospettiva di carriera.

Modello molto comodo per il direttore di dipartimento, in particolare se non lo sa fare, perché si avvale di un “ghost writer” del quale si può prendere i meriti(ruolo e riconoscimento economico) e sul quale può scaricare i demeriti per gli insuccessi.

Questi 3 modelli di fondo possono poi essere sviluppati in varie forme più o meno innovative: ad esempio in alcuni casi l’istituzione di un dipartimento di DMO non pare molto corrispondere al secondo modello in quanto mantiene in capo ad esso la responsabilità gestionale dell’ospedale, ma sembra rispondere di più all’esigenza di riconoscere un’autonomia limitata ad alcuni servizi(es farmaceutico, servizio infermieristico) e di riconoscimento economico per il DMO; nel terzo modello può essere formalmente presente un dipartimento di igiene ospedaliera, che si occupa dei soli aspetti igienistici, mentre le funzioni sovraordinate tipiche della DMO sono mantenute in ca-

La distribuzione delle competenze e delle responsabilità tra i dipartimenti e la direzione ospedaliera e distrettuale è uno snodo cruciale del modello gestionale, che può avere diversa declinazione, ma non può prescindere dalla esigenza di unitarietà e di professionalità di conduzione.

po alla direzione sanitaria Aziendale, la quale magari, si avvale di un Vice direttore.

Ma spesso i vari modelli appaiono essere applicati secondo le situazioni, le disponibilità e capacità degli uomini a disposizione, il loro grado di aderenza agli obiettivi dall’azienda o della direzione, i rapporti di forza esistenti o che si vogliono confermare o modificare.

Ciò che qui preme invece porre all’attenzione è che, se si ha a cuore la mission dell’azienda sanitaria il modello organizzativo che si va ad adottare deve avere un fine “nobile” e non solo rispondente all’utilità dei singoli e del momento contingente.

L’innovazione dei modelli gestionali delle aziende sanitarie deve rispondere a esigenze di miglioramento dei servizi al cittadino, di integrazione delle varie componenti aziendali, di semplificazione dei processi decisionali, di facilitazione del percorso assistenziale; non a logiche contingenti di prevalenza di assetti di potere.

La distribuzione delle competenze e delle responsabilità tra i dipartimenti e la direzione ospedaliera e distrettuale è uno snodo cruciale del modello gestionale, che può avere diversa declinazione, ma non può prescindere dalla esigenza di unitarietà e di professionalità di conduzione.

Negli ultimi 10 anni si è dato inve-

ce molto spazio al riconoscimento ai clinici delle posizioni di carattere “manageriale”, inflazionandole, mentre sarebbe necessario dare maggiore riconoscimento alle capacità professionali, come va ricordato che la figura del clinico che assume ruoli manageriali progressivamente perde quote di expertise clinica(3).

Come sottolinea Brusaferrò, quando un clinico assume progressivamente maggiori responsabilità manageriali soggiace ad una altrettanto progressiva riduzione delle capacità di mantenere l’eccellenza delle competenze cliniche; ciò, sovente, senza acquisire la capacità di visione d’insieme che è necessaria per poter condurre efficacemente una articolazione aziendale.

Dall’altro lato un aspetto dell’innovazione che merita una profonda riflessione è l’obbligatorietà della articolazione aziendale per dipartimenti strutturali, che, mentre da un lato fornisce gli strumenti di potere (responsabilità della gestione di tutte le risorse) a chi sovente non ha la competenza e l’attitudine a gestirle, dall’altro ha spesso portato alla creazione di contenitori abnormi che non paiono rispondere al rationale per cui sono stati introdotti i dipartimenti.

Ciò che, a nostro avviso, è da rivedere, è l’organizzazione per dipartimenti: in altre parole, l’innovazione dei modelli gestionali dovrebbe avere a riferimento la necessità che il paziente ricoverato venga considerato nella sua globalità e non solo per l’intervento chirurgico di cui necessita; è quindi opportuno rivedere la composizione delle unità operative all’interno dei dipartimenti, e la loro composizione interna in senso interdisciplinare, finalizzata a rendere efficace, e non parziale, l’azione clinico-assistenziale, quindi basata sul percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente, cioè sulla complementarietà delle componenti del dipartimento anziché sulla loro omogeneità; in pratica si

dovrebbe dare maggior rilievo ai cosiddetti dipartimenti funzionali o per obiettivi.

A tale proposito una citazione merita la necessità di rivalutare il clinico generalista quale gestore del percorso del paziente.

Come a livello territoriale si tende ad esaltare la figura del medico di famiglia quale gestore del percorso del paziente tra i vari servizi e i vari specialisti, lo stesso dovrebbe avvenire durante il ricovero ospedaliero.

Ciò si rende necessario in particolare per i pazienti anziani e pluripatologici, che giungono al ricovero ospedaliero spesso a causa di un epifenomeno della loro complessa patologia; caso tipico è l'anziano che viene ricoverato in ortopedia per una frattura di femore: in genere l'ortopedico si preoccupa dell'intervento di riduzione della frattura, l'anestesista controlla i parametri biologici per verificare la compatibilità con l'anestesia, ma nessuno indaga i motivi della frattura, la compresenza di patologie croniche invalidanti in labile compenso o misconosciute che 1) possono essere la causa della caduta, 2) si scompensano in seguito al trauma, creando situazioni di invalidità di lunga durata che inficiano le possibilità riabilitative e richiedono successivi ricoveri e che avrebbero potuto essere adeguatamente affrontate già nel primo ricovero, con maggiore efficacia e conseguente efficienza se il paziente non fosse stato visto solo come una frattura da comporre, ma in un'ottica globale, gestita da un medico di formazione "generalista" o internistica, che faccia il manager del percorso diagnostico terapeutico assistenziale del singolo paziente.

La vera innovazione nei modelli gestionali oggi dovrebbe quindi prendere le mosse da alcuni *presupposti*, che finora sono stati trascurati in termini di valore sociale:

1) il ricoverato va visto come un uomo, con le sue complessità, e non come un caso (dipartimenti

per complementarietà, per obiettivi, percorsi assistenziali, medico generalista gestore del paziente, specialisti consulenti))

- 2) le risorse vanno utilizzate in relazione alle effettive necessità dei fruitori (organizzazione per intensità di cure)
- 3) il fruitore è il paziente e non l'operatore (ciò che serve non ciò che dà lustro al reparto)
- 4) l'efficienza senza l'efficacia non serve a nulla, altrimenti a fronte di una riduzione di costo della singola prestazione il costo globale aumenta in quanto si moltiplicano le prestazioni necessarie (effetto della frammentazione delle competenze e della ricerca dell'efficienza con l'ottica del "particolare")
- 5) ognuno deve essere utilizzato per fare bene ciò che sa fare
- 6) in un sistema multiprofessionale come la sanità, le scelte organizzative e gestionali devono essere semplici, chiare, condivisibili, per poter essere messe in pratica
- 7) il manager non è colui che esercita il potere sui professionisti ma colui che organizza i professionisti, e il contesto in cui operano, affinché possano fare meglio ciò che sanno fare. Fra di essi deve esistere reciproco rispetto dei ruoli
- 8) chi fa il manager deve avere una visione globale del sistema, e degli obiettivi, e tenere conto del contesto e delle ricadute, anche negative, che l'azione organizzativa ha sul contesto
- 9) la gestione dei servizi sanitari deve partire dal mutuo riconoscimento da parte di medici e manager delle loro specifiche competenze, più che dal mero trasferimento di competenze manageriali nella professione medica (1,4,5). Invece il tentativo fatto in questi anni è stato di far fare ai clinici il ruolo di manager, stipulando contratti collettivi che esaltavano il riconoscimento economico e sociale delle posizioni organizzative alla ricerca di un

ipotetico coinvolgimento dei clinici nelle scelte gestionali e accreditando il concetto che chiunque possa essere in grado di fare il gestore.

La vera innovazione sarebbe togliere l'enfasi dalla managerialità e rivalutare le capacità professionali, onde l'essere direttore di alcunchè non sia più vissuto come un qualcosa di socialmente superiore all'essere uno specialista di alto livello; far passare il messaggio culturale che chi fa il manager è uno che si occupa di una serie di problemi che è necessario gestire affinché il professionista possa fare il suo lavoro con soddisfazione (*l'impresa eccezionale... è essere normale* - Lucio Dalla "Disperato erotico stomp")

Bibliografia

1) Pieroni G., Casadio E., Fantini M.P.: *La DMO e le recenti esperienze organizzative: criticità e strategie di sviluppo professionale* (Congresso Nazionale ANMDO - Lecce settembre 2006)

2) Zoli A., Monti P., Caltagirone P.: *Nuovi modelli organizzativi di Direzione Sanitaria Aziendale: presentazione dell'esperienza dell'A.O. di Lecco* (L'O-SPEDALE 1/07)

3) Brusaferrò S.: *Riflessioni sulle proposte del Ministro della Salute in materia di ammodernamento del Sistema Sanitario in Italia* (ANMDO NEWS 2/2007)

4) Ricciardi W.: *Prospettive e formazione del management sanitario in Italia (relazione al 32° congresso nazionale ANMDO - settembre 2006)*

5) Cicchetti A., Matarrese D., Vicentini F.: *Dipartimentalizzazione e governo clinico: l'adozione di "ruoli di integrazione" in tre casi aziendali* (Rapporto OASI 2005 Milano: Egea)

Unità trattamento aria FM-H



TRATTAMENTO DELL'ARIA

I-35044 Montagnana (Padova)
Via Luppia Alberi, 170
Tel. +39-0429-806311
Fax +39-0429-806340
info@fastaer.com
www.fastaer.com



Ispezionabilità
e pulibilità



Componenti ottimizzati
per garantire l'igienicità dell'aria

Con Fast Serie FM-H la legionella non è più un problema.

Da sempre la proliferazione e lo sviluppo degli inquinanti biologici è stato un problema per chi, come me, lavora in ambienti nei quali la qualità dell'aria deve essere assoluta. L'unità di trattamento aria Serie FM-H di FAST si è rivelata la scelta ideale per minimizzare i rischi di sviluppo di contaminanti biologici. Grazie alla **totale rispondenza alle norme** in fatto di qualità dell'aria e allo **speciale trattamento igienizzante brevettato**, applicato sulle superfici interne dell'unità, posso finalmente stare tranquillo.

Scopri l'FM-H
su www.fastaer.com

Siamo certificati Eurovent, Vision 2000 e ISO 14001

AFFIDATI AD ARJO QUANDO HAI CARICHI PREZIOSI DA SOLLEVARE

ARJO



Siamo il partner ideale nel settore prevenzione del rischio dorso-lombare, oltre che nei settori controllo delle infezioni, igiene assistita e prevenzione e cura delle lesioni da decubito. I nostri ausili per il sollevamento e la movimentazione dei pazienti testimoniano un duplice impegno: migliorare la qualità di vita degli assistiti, fornendo a ciascuno il supporto necessario per preservare le funzionalità; creare un ambiente di lavoro migliore e sicuro per il personale che può lavorare sempre in condizioni ergonomiche, senza compiere sforzi manuali.



Sollevatori attivi

Ausili di sollevamento e sostegno che consentono ad assistiti seduti e con una capacità di sostegno parziale di riuscire a sostenersi in piedi da soli e di essere spostati in qualunque zona della struttura.



Sollevatori passivi

Ausili di sollevamento a corsetto che consentono ad assistiti completamente passivi di essere sollevati/trasferiti. Permettono di operare da entrambi i lati del letto e, grazie l'ampiezza regolabile del telaio, possono essere facilmente collocati sotto al letto.



Sollevatori a soffitto

Ausili di sollevamento senza ingombri a terra che consentono ad assistiti completamente passivi di essere sollevati/trasferiti. Permettono di utilizzare al meglio gli spazi.

Appropriatezza: ruolo della direzione sanitaria

Riassunto

La forte crescita della spesa sanitaria ha posto al centro del dibattito e dell'attenzione delle istituzioni il problema dell'appropriatezza delle prestazioni. L'appropriatezza delle prestazioni, e in particolare dei ricoveri, è valutata generalmente in termini negativi e si ricercano i motivi e le cause di inappropriata delle prestazioni. L'appropriatezza deve anzitutto essere correttamente valutata e verificata. Per questo sono stati sviluppati diversi sistemi di classificazione che aggiustano l'attribuzione delle classi isorisorse del sistema dei DRG. Il perseguimento dell'appropriatezza è tutt'uno col perseguimento della qualità e in tale impegno si collocano il ruolo e la missione della direzione sanitaria.

Summary

The strong growth of the sanitary cost has submitted the problem of the appropriateness of the performances at the center of the debate to the attention of the institutions. The performances appropriateness, and particularly the admissions one, it is generally valued in negative terms and they are sought the motives and the causes of non appropriateness of the performances. First of all the appropriateness has to be correctly valued and verified. For this reason they have been developed different systems of classification that adjust the attribution of the classes of the system of the DRGs. The pursuit of the appropriateness is the same as the pursuit of the quality and in such appointment they place the role and the mission of the sanitary management.

S. Pili

Direzione Sanitaria Ospedale Sirai Carbonia

Se uno vuol essere il primo, sia l'ultimo di tutti e il servo di tutti
(Mc 9, 35)

PREMESSA

La remunerazione in base al prodotto e la valutazione costo-efficacia rappresentano gli elementi fondamentali della dottrina dei sistemi sanitari occidentali. Il principio del "value for money", che regola il sistema, implica che il prodotto offerto dal servizio sanitario sia coerente col profilo di patologia del paziente.

La coerenza tra offerta (prestazione, servizio) e domanda (patologia del paziente) è definita "appropriatezza" e si delinea come una caratteristica sintetica degli interventi sanitari che integra efficacia, efficienza e opportunità [1]. L'appropriatezza è definibile come una "componente della qualità assi-

stenziale che fa riferimento a validità tecnico-scientifica, accettabilità e pertinenza (rispetto a persone, circostanza e luogo, stato corrente delle conoscenze) delle prestazioni sanitarie" [2].

Nei primi anni ottanta, negli Stati Uniti d'America, si svilupparono degli strumenti di valutazione, conosciuti come utilisation review [4], basati sull'esame della documentazione clinica e tesi a valutare la necessità medica dell'assistenza fornita, delle modalità di erogazione e della sua durata. La valutazione sistematica dell'appropriatezza, nacque e si sviluppò in risposta ai costi crescenti dei programmi di assistenza pubblica (Medicare, Medicaid) e di fronte al rischio di potenziali effetti distortivi. I sistemi di pagamento a prestazione infatti, possono indurre gli ospedali ad aumentare i ricoveri correlati a DRG (Disease Related Group) ad alto differenziale

tra ricavi e costi medi di produzione o a basso costo marginale [3]. Contemporaneamente lo sviluppo del management ospedaliero e la maggiore disponibilità di tecnologie sanitarie (ad esempio la chirurgia laparoscopica e mininvasiva, la radiologia interventistica e i laser), hanno consentito modalità assistenziali altrettanto efficaci, meno costose e a minor rischio iatrogeno, rispetto alle precedenti.

La valutazione dei servizi sanitari erogati nell'ambito della managed care è diventato un'attività di routine tesa a garantire i principi di economicità e di efficienza operativa. L'obiettivo della valutazione è quello di riscontrare l'appropriatezza del servizio erogato e di escludere che gli erogatori abbiano fornito una prestazione inappropriata alla domanda di cure.

Le prime misurazioni dell'appropriatezza ricorrevano a criteri impliciti non strutturati: uno o più medici esaminavano la cartella clinica ed esprimevano giudizi soggettivi sulla necessità dell'ammissione al ricovero o anche di una

**PAROLE CHIAVE:**

Appropriatezza, qualità, risk adjustment, direzione Sanitaria

KEY WORDS:*Appropriateness, quality, risk adjustment, sanitary management*

singola giornata di degenza.

Nel corso degli anni ottanta, vennero definiti metodi strutturati, basati su criteri espliciti, che facevano riferimento alle condizioni cliniche del paziente e/o alle prestazioni effettuate. Tra questi l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEP), sviluppato negli Stati Uniti [5] e il Protocollo di revisione dell'uso dell'ospedale (PRUO), adattamento italiano dell'AEP.

Si tratta di una serie di criteri espliciti, indipendenti dalla diagnosi, relativi alle condizioni del paziente e all'intensità delle cure prestate, che permettono di classificare come appropriata o non appropriata l'ammissione in ospedale per acuti e le successive singole giornate di degenza. I criteri non sono empirico-statistici (calcolati sulla base di medie, mediane o percentili) ma normativi, basati cioè su assunzioni arbitrarie formulate sulla base delle conoscenze mediche e delle caratteristiche organizzativo-strutturali degli ospedali per acuti.

Per considerare appropriata l'ammissione o una qualsiasi giornata di degenza, è necessario che almeno uno dei criteri espliciti sia soddisfatto. Il PRUO consente, inoltre, di individuare i motivi sottostanti le ammissioni e le degenze non appropriate, rappresentando quindi uno strumento per indagare le cause organizzative intra ed extra-ospedaliere dell'inappropriatezza.

I sistemi di utilisation review rappresentano una fonte importante di informazioni utili per la pianificazione di interventi correttivi anche a livello dei servizi di assistenza di base e delle comunità. Il PRUO e l'AEP possiedono caratteristiche di riproducibilità, flessibilità e versatilità che ne hanno assicurato un

diffuso successo. Si tratta, peraltro, di metodi basati sull'esame di cartelle cliniche e quindi difficilmente utilizzabili su casistiche ampie, a meno di non ricorrere ad un approccio analitico/campionario per attribuire la quota di ricoveri inappropriati all'universo di riferimento. Sono anche caratterizzati da una certa intrusività nel comportamento assistenziale e risentono fortemente della completezza e della accuratezza della cartella clinica.

Il problema dell'appropriatezza è divenuto centrale per il nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con la crescita dell'efficienza produttiva degli ospedali che ha fatto seguito all'introduzione del sistema dei DRG in Italia [6]. Il sistema di valorizzazione dell'attività ospedaliera secondo tariffe predeterminate, porta in sé la possibilità di errori e forzature e non può prescindere da appropriati sistemi di controllo che ne garantiscano l'equilibrio.

Questa esigenza, già variamente richiamata in diverse norme della seconda metà degli anni '90 (Piano Sanitario Nazionale 1994-1996, Linee Guida del Ministero della Sanità 1/1995, legge finanziaria 1998, Piano Sanitario 1998-2000), diventa nel 2001 uno strumento operativo vincolante. Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) che stabilisce i Livelli

Essenziali di Assistenza da erogarsi obbligatoriamente in favore dei cittadini del Paese da parte di tutti i Servizi Sanitari Regionali (SSR) individua alcuni DRG la cui erogazione in regime di ricovero ordinario è considerata sospetta (ad elevato rischio di inappropriatezza[7]. L'ospedale è ritenuto una struttura assistenziale per acuti che deve limitare la degenza, in assenza di situazioni aggravanti, alla fase acuta della malattia. Una serie di prestazioni (vedi tabella n.1) sono ritenute curabili con regimi assistenziali diversi dal ricovero ospedaliero ordinario.

Il decreto responsabilizza le regioni al perseguimento di politiche coerenti con gli obiettivi della programmazione sanitaria e afferma il nuovo regime stabilito dalla riforma del titolo V della Costituzione che assegna per la sanità potestà legislativa concorrente alle Istituzioni centrali (Parlamento) e regionali (Consigli regionali) [8].

Il PSN 1998-2000 recita che per essere appropriate le prestazioni del SSN "devono:

- 1) essere fondate su evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute nelle applicazioni concrete;
- 2) essere utilizzate per soggetti le cui condizioni cliniche corrispondono alle indicazioni raccomandate;
- 3) essere efficienti, cioè garantire un uso ottimale delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza.

La definizione del PSN 1998-2000 ricomprende due accezioni concettualmente distinte dell'appropriatezza (figura n.1):

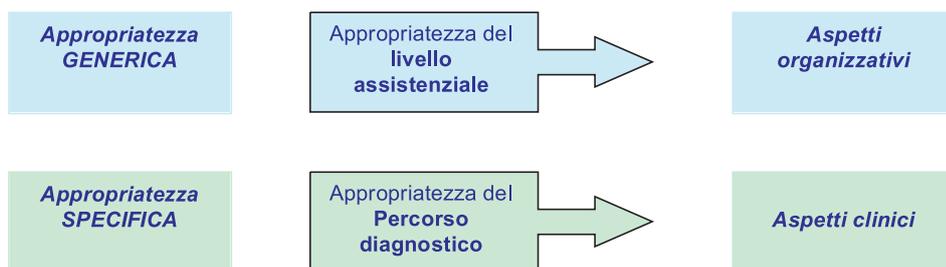


Figura n.1: Appropriatezza organizzativa e appropriatezza clinica delle prestazioni sanitarie

- appropriatezza “specifica”
- appropriatezza “generica” o “organizzativa”.

La prima, storicamente precedente, prende in considerazione l’indicazione e l’effettuazione di specifici interventi o procedure diagnostiche valutando se il margine tra benefici e costi di uno specifico intervento su un determinato paziente ha un margine sufficientemente ampio da renderne conveniente l’erogazione [9].

La seconda non prende in considerazione le tipologie di intervento ma si riferisce al “livello” assistenziale del trattamento diagnostico o terapeutico con cui il caso viene affrontato.

L’appropriatezza specifica viene generalmente definita in modo positivo, definendo cioè il trattamento appropriato (o più appropriato) per una determinata situazione clinica.

L’appropriatezza organizzativa viene generalmente definita in forma negativa, definendo ciò che appropriato non è. Se le prestazioni

vengono eseguite con un livello di assistenza più intensivo di quello ritenuto necessario (e quindi con un costo maggiore e a maggior rischio iatrogeno), quel livello è definito inappropriato.

APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI

L’appropriatezza organizzativa degli ospedali è riferita agli episodi di ricovero e valutata retrospettivamente individuando all’interno di un insieme sufficientemente grande di ricoveri un sottoinsieme che per proprie caratteristiche possa essere considerato a rischio di inappropriata.

Dopo il DPCM 29.11.01, le verifiche tendono principalmente ad analizzare il regime di erogazione dei ricoveri correlati ai 43 Drg considerati ad alto rischio di inappropriata nel regime ordinario. L’identificazione dei ricoveri inappropriati è effettuata tramite le informazioni contenute nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

e sta divenendo un’attività di routine negli ospedali di tutte le regioni d’Italia.

Il sottoinsieme dei DRG a rischio di inappropriata è individuato a priori ed è correlato a patologie che, in condizioni normali, potrebbero essere trattate con regimi assistenziali più semplici del ricovero ordinario.

Tale gruppo coincide di norma con i 43 DRG elencati nel DPCM 29.11.01, cui talvolta ne sono aggiunti degli altri in sede regionale (Campania, Lazio, Emilia Romagna, Liguria, Veneto, Toscana) [10]. L’associazione di un giudizio di inappropriata ai raggruppamenti per patologia pone alcuni problemi di metodo che il SSN non ha ancora sciolto e che nel livello operativo investono il ruolo e la responsabilità della direzione sanitaria.

Ancorchè sia ragionevole pensare, infatti, che la maggior parte dei pazienti affetta da una determinata patologia possa essere assistita in regime ambulatoriale o di as-

Tabella 1: i 43 drg a rischio di inappropriata se erogati in regime di ricoveroordinario

006	Decompressione tunnel carpale	232	Artroscopia
019	Malattie nervi cranici e periferici senza CC	243	Affezioni mediche del dorso
025	Convulsioni e cefalea, età >17 senza CC	262	Biopsia mammella ed escissione locale non per neoplasie maligne
039	Interventi su cristallino con o senza vitrectomia	267	Interventi perianali e pilonidali
040	Interventi su strutture extraoculari escl. l orbita, età >17	270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC
041	Interventi su strutture extraoculari escl. l orbita, età <18	276	Patologie non maligne della mammella
042	Interventi su strutture intraoculari escl. retina, iride e cristallino	281	Traumi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella, età >17
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	282	Traumi pelle, tessuto sottocutaneo e mammella, età <18
065	Alterazioni dell’equilibrio	283	Mal. minori della pelle con CC
119	Legatura e stripping vene	284	Mal. minori della pelle senza CC
131	Mal. vascolari periferiche senza CC	294	Diabete, età >35
133	Aterosclerosi senza CC	301	Mal. endocrine senza CC
134	Ipertensione	324	Calcolosi urinaria senza CC
142	Sincope e collasso senza CC	326	Segni e sintomi rene e vie urinarie, età >17senza CC
158	Interventi su ano e stoma senza CC	364	D&C, conizzazione escl. per neoplasie maligne
160	Interventi per ernia escl. inguinale e femorale, età >17	395	Anomalie globuli rossi, età >17
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età >17 senza CC	426	Nevrosi depressive
163	Interventi per ernia, età <18	427	Nevrosi escl. quelle depressive
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea mal. app. digerente, età >17	429	Disturbi organici e ritardo mentale
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea mal. app. digerente, età <18	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute
187	Estrazioni e riparazioni dentali	503	Interventi su ginocchio senza diagnosi principale di infezione
208	Mal. vie biliari senza CC	232	Artroscopia
		243	Affezioni mediche del dorso

sistenza a ciclo diurno, una frazione di essi potrebbe aver bisogno di assistenza in regime di ricovero ordinario. Il DPCM ammette alcune eccezioni (ricovero "urgente" o effettuazione di particolari procedure) ma queste deroghe non sempre risolvono il problema e spesso sono disattese dalle regioni che, valendosi della propria autonomia, utilizzano criteri aggiuntivi a quelli del D.P.C.M. [10].

Il risultato è una diversità di criteri con una discreta confusione che complica moltissimo la routine ospedaliera da un lato e la comparabilità dei dati delle diverse regioni dall'altro.

Una classificazione dei ricoveri basata esclusivamente sull'assorbimento delle risorse, seppure importante per le valutazioni economiche dei trattamenti sanitari, non appare soddisfacente per valutarne e giudicarne il grado di appropriatezza. Questo criterio infatti non distingue tra un vecchio e un giovane portatori della stessa patologia ed è evidente che ciò che è inappropriato per il giovane potrebbe essere appropriato per il vecchio a parità di patologia e di DRG attribuito.

Sarebbe preferibile, anche per avvicinare il criterio di valutazione al reale bisogno assistenziale e non solo alla patologia e al suo costo standardizzato, classificare i ricoveri secondo la gravità o severità delle patologie.

VALUTAZIONI DI APPROPRIATEZZA E RISK ADJUSTEMENT

L'appropriatezza di un regime assistenziale erogato ad insiemi di malati che condividono la stessa diagnosi, presuppone che i componenti dei gruppi siano omogenei rispetto al rischio di andare incontro all'esito previsto per quella condizione patologica.

Le nostre valutazioni non possono quindi essere considerate efficaci se non tengono conto delle possibili disomogeneità che esistono nei

gruppi, in particolare delle differenti caratteristiche dei pazienti che possono rappresentare, di per sé, un fattore decisivo degli esiti delle cure.

L'appropriatezza delle cure si dovrebbe poter valutare al netto del possibile effetto confondente dovuto alla disomogenea distribuzione delle caratteristiche dei pazienti.

Ovviamente non è possibile eliminare del tutto l'effetto di confondimento. E' però possibile tener conto della diversità delle condizioni individuali con aggiustamenti che consentano di assorbirle nella misura dell'esito in modo che la variabilità residua (dell'esito) possa essere attribuita solo a differenze di efficacia delle cure o al caso [11].

RISK ADJUSTMENT: DEFINIZIONE

Processo che prevede il raggruppamento dei soggetti di una popolazione in categorie diverse di rischio al fine di potere confrontare separatamente i casi attribuiti ad ogni sottopopolazione. In tale ambito, il termine rischio denota la possibilità di eventi avversi quali una perdita finanziaria o un decesso improvviso.

Permette di determinare quale parte delle differenze osservate negli esiti sia attribuibile a caratteristiche dei pazienti – non controllate dagli erogatori – e quale parte sia riconducibile alla qualità dell'assistenza (controllata dagli erogatori)

3M Health Information Systems

RISK ADJUSTMENT: MOTIVI DI UTILIZZO

Gli studi di Valutazione sui servizi sanitari devono utilizzare una metodologia di RA perché, al contrario dei Clinical Trials:

- sono spesso retrospettivi e su base di popolazione
- i soggetti non sono assegnati in modo casuale all'erogatore o al trattamento.

L'obiettivo del RA è di approssimare ciò che la randomizzazione fa naturalmente

L'aggiustamento dell'esito della cura atteso per la patologia (Risk adjustment), con l'inserimento di valutazioni di gravità delle condizioni del paziente, consente di passare da una relazione del tipo

Efficacia del trattamento + Eventi casuali + Caratteristiche del paziente = Esito

ad una del tipo

Efficacia del trattamento + Eventi casuali = Esito aggiustato per gravità (esito atteso)[12].

La misura di gravità, impiegata per aggiustare l'esito, dovrebbe avere le seguenti caratteristiche:

- essere predittiva dell'esito
- non essere influenzata dall'esito né costituire un elemento di collegamento tra l'esposizione e l'esito (es. complicanza).
- includere un numero limitato di variabili
- equilibrio tra costo di implementazione ed efficacia di comparazione tra esiti.

La rilevazione di molte variabili, oltre ad essere onerosa, pone problemi di completezza e di accuratezza dei dati e tende a ridurre la precisione delle conseguenti misure aggiustate.

Le misure di gravità normalmente utilizzate per il risk adjustment consistono nell'attribuzione di un punteggio calcolato sulla base di:

- valutazioni prognostiche, definite con valutazioni cliniche e approccio empirico
- modelli di predizione predefiniti espressi mediante formule matematiche e ottenuti dall'analisi di una popolazione esterna abbastanza numerosa condotta con approccio empirico
- approccio empirico attraverso la costruzione di una misura di gravità specifica derivata dall'analisi multivariata della relazione tra i possibili predittori (il cui valore è stato misurato nella popolazione in studio) e l'esito considerato.

Le tabelle 2 e 3 contengono una sintesi dei metodi di misura impie-

Tabella 2. Metodi di risk adjustment con score prognostici (con attribuzione di punteggi o classi di gravità)

Misura	Dati usati	Tipo di misura	Criterio di costruzione	Outcome misurato
Dati clinici				
APACHE	Valori di 17 parametri fisiologici ed altre informazioni cliniche	Punteggi interi da 0 a 299 misurati entro 24 ore dal ricovero (ammissione) in ICU	Modello empirico con guida clinica	Mortalità intraospedaliera per pazienti in ICU
Canadian	specifiche registrate al momento della prescrizione di chirurgia cardiaca	Variabili cliniche condizione-Mortalità Punteggi da 0 a 16 basati su OR per 6 fattori di rischio chiave	Modello di regressione logistica	intraospedaliera, durata della degenza in ICU e post-operatoria
EuroSCORE	Variabili cliniche condizione-specifiche	Punteggi tra 0 e 39 basati su 17 fattori di rischio pesati	Modello di regressione logistica	Mortalità operatoria
Dati amministrativi				
AIM	Scheda di dimissione (*)	Punteggi da 1 a 5 entro i DRG	Modello empirico	Durata della degenza ospedaliera entro i DRG Consumo di risorse
APR-DRGs	Scheda di dimissione. Variabili DRG-specifiche	Quattro classi di severità della malattia Quattro classi di rischio di morte	Modello empirico con guida clinica	Mortalità intraospedaliera Numero di sistemi d'organo coinvolti nella malattia
Body Systems Count	Scheda di dimissione	Numero di sistemi d'organo coinvolti nella malattia	Giudizio clinico	Rischio di morte entro 1 anno da una ospedalizzazione medica
Charlson Severity Score	Scheda di dimissione	Numero intero da scala additiva rappresentante numero e gravità delle comorbidità	Giudizio clinico con guida empirica	Mortalità intraospedaliera o entro 30 giorni da una operazione
Cleveland	Scheda di dimissione. Variabili condizione-specifiche	Range di punteggi da 0 a 33 basati su OR per ognuno dei 13 fattori di rischio	Modello empirico (analisi univariata)	Rischio di morte o danno funzionale Numero di comorbidità entro ciascuno dei tre stadi maggiori
Disease Staging	Scheda di dimissione. Variabili condizione-specifiche	Tre stadi con sotto-stadi entro ciascuno stadio Numero di comorbidità entro ciascuno dei tre stadi maggiori	Giudizio clinico	Mortalità intraospedaliera
New England	Scheda di dimissione. Variabili condizione-specifiche e indice di comorbidità	Sistema di punteggio basato su coefficienti usati per calcolare la probabilità di morte operatoria	Modello di regressione logistica	Mortalità entro 30 giorni da un'operazione
Parsonnet	Scheda di dimissione. Variabili condizione-specifiche	Punteggi tra 0 e 158 basati su 14 fattori di rischio pesati	Modello di regressione multipla additiva	Mortalità e morbosità intraospedaliera
PMCs Severity Score	Scheda di dimissione	Range di punteggi da 1 a 7	Modello empirico	

AIM = Acuity Index Method; Canadian = Ontario Ministry of Health Provincial Adult Cardiac Care Network; Cleveland = Cleveland Clinic Foundation Risk Stratification System; EuroSCORE = European System for Cardiac Operative Risk Evaluation; New England = Northern New England Cardiovascular Disease Study Group; Parsonnet = Parsonnet Risk Stratification Model.

gati per aggiustare la valutazione dell'esito delle cure (risk adjustment), il box 3 riporta una sintesi della procedura di approccio empirico nella costruzione di misure statisticamente derivate.

LA VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

Per individuare le aree di inappropriata di un ospedale conviene classificare i ricoveri ordinari integrando il criterio dell'assorbimento delle risorse, principio regolatore del sistema "value for money", col criterio della severità del quadro clinico.

I metodi di classificazione basati sulla severità della patologia maggiormente utilizzati per la valutazione dei ricoveri sono due:

- la classificazione isoseverità Apr-Drg
- la classificazione isogravità del Disease Staging.

In entrambi i casi l'assegnazione a una classe è determinata dalle informazioni presenti nella SDO.

La classificazione "Disease Staging" tiene conto della storia naturale della patologia indicata come diagnosi principale trascurando, però, eventuali variabili cliniche dovute a patologie compresenti. Queste ultime sono, invece, considerate esplicitamente dalla clas-

sificazione Apr-Drg che, pertanto, risulta più comprensiva e consente di ottenere classi di ricoveri omogenei per la severità della patologia riferita al singolo paziente e per il rischio di morte.

Poiché lo scopo è quello di individuare eventuali aree di possibile inappropriata, la classificazione isoseverità Apr-Drg è preferibile a quella isogravità del Disease Staging.

Ogni Apr-Drg è, infatti, articolato in quattro sottoclassi che differenziano i pazienti in relazione

- alla severità della malattia (entità dello scempenso fisiologico o perdita di funzionalità di organo)
- al rischio di morte (probabilità di decesso).

La logica dell'attribuzione ad un Apr-Drg è del tutto simile a quella utilizzata per l'attribuzione ai vari DRG.

Tabella 3. Modelli preconfezionati di risk adjustment (stima diretta della probabilità dell'esito)

Misura	Dati usati	Tipo di misura	Criterio di costruzione	Outcome misurato
<i>Dati clinici</i>				
MedisGroups	Variabili cliniche raccolte al momento dell'ammissione	Probabilità di morte intraospedaliera da 0 a 1	Modello di regressione logistica	Mortalità intraospedaliera
VAX	Variabili cliniche condizionate mortalità in percentuale) specifiche	Intervallo di rischio (intervallo di assegnato al paziente sulla base di variabili misurate 30 giorni dopo l'operazione)	Modello di regressione logistica	Mortalità e morbosità intraospedaliera
<i>Dati amministrativi</i>				
Disease Staging	Scheda di dimissione*. Variabili condizione-specifiche	Probabilità di morte intraospedaliera da 0 a 1	Modello empirico	Mortalità intraospedaliera
NY	Scheda di dimissione. Variabili condizione-specifiche	Probabilità di morte intraospedaliera da 0 a 1	Modello di regressione logistica	Mortalità intraospedaliera
STS	Scheda di dimissione. Variabili condizione-specifiche	Intervallo di rischio (intervallo di mortalità in percentuale)	Algoritmo Bayesiano; più recentemente convertito in modello di regressione logistica	Mortalità e morbosità intraospedaliera

NY = New York State Department of Health Cardiac Surgery Reporting System; STS = Society of Thoracic Surgeons Risk Stratification System; VA = Veteran's Administration Cardiac Surgery Risk Assessment Program.

BOX 3. PROCEDURA DELL'APPROCCIO EMPIRICO NEL RISK ADJUSTMENT

1. Selezione dell'esito

2. Scelta del modello statistico più adatto alla analisi dei dati in funzione dell'esito in studio

Potranno essere presi in considerazione:

- modelli di regressione lineare,
- modelli di regressione logistica
- modelli di regressione di Poisson
- modelli di sopravvivenza

3. Identificazione a priori, nell'ambito delle caratteristiche individuali su cui si hanno informazioni, dei possibili fattori di rischio per l'esito in studio:

4. Analisi descrittiva e primo screening dei fattori di rischio

5. Selezione dei fattori di rischio "a priori":

6. Secondo screening dei fattori di rischio:

7. Stima dei coefficienti del modello

8. Valutazione della performance del modello prescelto:

La capacità predittiva della misura di gravità costruita può essere quantificata, anche al fine di confronti esterni, attraverso l'uso di diverse statistiche

- Coefficiente di determinazione R²
- R² aggiustato
- Chi-quadro di Pearson
- Test di Hosmer-Lemeshow
- C-index (area al di sotto della curva ROC)
- AIC (Akaike Information Criterion)

Tratto dal Manuale sul risk adjustment,
Misura dell'outcome,
Ministero della Salute, Progetto Mattoni 09/02/06

Dopo l'individuazione del DRG appropriato per patologia (secondo il sistema Grouper) viene operata un'ulteriore attribuzione ad una sottoclasse individuata tra due di severità della malattia e due di rischio di morte.

E' sostanzialmente una classificazione bidimensionale che permette di distinguere tra i ricoveri che consumano mediamente le stesse risorse (che hanno lo stesso DRG), 4 gruppi di severità a seconda delle combinazioni tra severità della malattia e di rischio morte.

La classificazione Apr-DrG permette quindi di mantenere uno stretto collegamento con l'utilizzo di risorse, dato che sono previsti pesi differenziati per la stessa patologia a seconda della classe di severità [13].

Il risultato della classificazione APR-DRG porta all'individuazione di 4 classi di gravità per ciascun ricovero definite con numeri crescenti da 1 (APR 1) a 4 (APR 4). I ricoveri di classe APR 1 vengono definiti anche "Low APR" per distinguerli dagli altri (cioè da quelli di classe 2,3,4 per qualunque DrG) definiti "non-Low APR".

Incrocando tra loro le classificazioni low/non low APR e ricoveri

Tabella 4. Individuazione dei livelli di inappropriatezza dei ricoveri

Livello di inappropriatezza	Simbolo	Descrizione	Grado di inappropriatezza
0	Non-Low APR e non-Lea	DRG con classe APR >1 e non appartenenti ai 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza	Sicuramente appropriati
1	Non-Low APR e LEA	DRG con classe APR >1 e appartenenti ai 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza	Possibile soglia consentita di inappropriatezza
2	Low APR e non-LEA	DRG con classe APR=1 e non appartenenti ai 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza	Possibile aree di recupero di inappropriatezza
3	Low APR e LEA	DRG con classe APR=1 e appartenenti ai 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza	Sicuramente inappropriati

LEA/non LEA (i 43 DRG a rischio di inappropriatezza se eseguiti in regime ordinario) sono possibili quattro combinazioni, ordinate secondo livelli crescenti di potenziale inappropriatezza (Tabella 4).

Tutti i ricoveri di classe APR-1, con minore rischio di morte e grado di severità più basso, qualunque sia il DRG, devono essere tenuti sotto osservazione. Se un ricovero appartiene alla classe minore di severità, infatti, è probabilmente un ricovero non appropriato e il paziente avrebbe potuto essere trattato in regime assistenziale diverso dal ricovero ordinario. A questo criterio generale si associa quello basato sulle patologie che considera inappropriato il sottogruppo selezionato dei 43 DRG se trattati in ricovero ordinario.

Due dei livelli così individuati si riferiscono a ricoveri sui quali il giudizio è ben delineato: si tratta di quelli che essendo contemporaneamente non-Lea e non-Low APR (livello 0) sono sicuramente appropriati e di quelli contemporaneamente Lea e Low APR (classe 3), per i quali non dovrebbero esistere ragionevoli dubbi sulla loro inappropriatezza.

I due livelli intermedi, invece, contengono elementi di potenziale inap-

propriatezza, da valutare con attenzione. Si tratta, peraltro, di situazioni piuttosto diverse tra loro. Per quanto riguarda i ricoveri con livello 1 di inappropriatezza (Non Low APR e LEA) un grado di severità >1 potrebbe giustificare il ricovero ordinario. Ciò significa che pur continuando a tenere sotto controllo questa tipologia di ricoveri, è verosimile che essi appartengano a quella percentuale incompressibile di ricoveri che comunque si devono erogare in regime ordinario per diversi motivi non desumibili in modo diretto dalla scheda di dimissione ospedaliera.

Particolare attenzione dovrebbe, invece, essere rivolta ai ricoveri non LEA e Low APR, che pur non essendo compresi nell'elenco dei 43 Drg a rischio si riferiscono a episodi di severità molto bassa. A tali ricoveri viene attribuito un livello di inappropriatezza pari a 2, qualunque sia il Drg di appartenenza e il relativo peso di complessità assistenziale. Tali ricoveri utilizzando i criteri correnti di inappropriatezza sfuggono al controllo, anche se probabilmente sono quantitativamente molto elevati.

Esistono anche metodi per stimare l'inappropriatezza di quote di ricoveri a partire dagli archivi infor-

matici delle dimissioni (Il metodo Appro, sviluppato nel Lazio, seleziona casistiche a ridotta complessità assistenziale e gravità minima ed individua, con la necessaria cautela dovuta all'incertezza dei dati amministrativi, quote di ricoveri inappropriati) in relazione a soglie di riferimento [14, 15]. Soddisfa quindi efficacemente l'obiettivo di stabilire soglie di ammissibilità per i Drg a rischio di non appropriatezza in regime di ricovero ordinario, come previsto dal Decreto dei Lea. Il confronto col PRUO ha evidenziato in Appro una buona sensibilità.

L'utilizzo dei sistemi informativi evoluti per la misura dell'appropriatezza organizzativa, come di altri attributi della performance assistenziale, è fondamentale per la valutazione esterna dell'attività ospedaliera.

DALLA VALUTAZIONE DELL'INAPPROPRIATEZZA AL PERSEGUIMENTO DELL'APPROPRIATEZZA: IL RUOLO DELLA DIREZIONE SANITARIA

La valutazione dell'appropriatezza organizzativa è il fondamentale prerequisite per lo sviluppo del go-

verno clinico sia a livello ospedaliero (e sub ospedaliero nel dipartimento e nelle unità operativa) che territoriale (nel distretto e nel dipartimento di prevenzione). L'inappropriatezza delle prestazioni, anche ospedaliere, trae infatti origine dai comportamenti dei prescrittori (Medici di Medicina Generale), i quali, a loro volta, sono influenzati dalle pressioni dei produttori ospedalieri. La sanità è un mondo in cui la domanda e il consumo delle prestazioni conseguono a bisogni importanti e costituzionalmente tutelati ma il modo con cui la domanda si forma è particolare e specifico[16].

I concetti di bisogno, domanda e consumo in sanità sono ben delineati e strutturati [17]: il bisogno è uno stato di necessità dell'individuo conseguente ad una perdita del benessere psicofisico.

La domanda è un bisogno consapevole, ossia, è l'assunzione della consapevolezza del bisogno da parte di chi ne è portatore. La consapevolezza del bisogno non coincide necessariamente con l'esplicitazione della domanda. La domanda può essere posta dal portatore di bisogno in modo esplicito ovvero essere proposta implicitamente come denuncia di un malessere che dovrà essere letto e interpretato dal medico.

Il consumo delle risorse sanitarie è la concreta fruizione di prestazioni da parte degli individui (pazienti, consumatori, utenti, clienti, ecc.)

La relazione tra il bisogno, la domanda e il consumo della prestazione sanitaria è fondamentale perché in questa relazione nasce e si sviluppa il problema dell'appropriatezza (figura n. 2).

Il bisogno di salute è trasformato in domanda di prestazione a seguito dell'intervento di un produttore (professionista sanitario). Il portatore (paziente) propone il proprio bisogno ad un professionista erogatore di servizi sanitari (normalmente un medico); quest'ultimo dopo aver sottoposto il portatore ad

Figura n.2 Il rapporto equilibrato tra bisogno e domanda determina un consumo appropriato di prestazioni sanitarie. Lo squilibrio genera inappropriatezza del consumo di prestazioni.

un processo (percorso) di accertamento diagnostico, ne determina il fabbisogno sanitario (di ulteriori accertamenti diagnostici, di interventi e presidi terapeutici, di regimi assistenziali, di misure riabilitative, ecc.) esplicitando una domanda di prestazioni. Il ruolo dell'erogatore nella traduzione del bisogno in domanda è specifico della sanità (e del sociale in genere) ed è correlato alla complessità del bisogno, che richiede specifiche competenze per essere interpretato, e alla asimmetria delle conoscenze tra il portatore del bisogno (che non possiede le competenze per interpretarlo) e il produttore del servizio (il medico). Il rapporto tra portatore di bisogni e produttore di servizi non è un normale rapporto dialettico tra produttore e consumatore, non è regolato da una logica di mercato in cui l'acquirente paga la prestazione e il prezzo della prestazione non è determinato dal rapporto tra domanda e offerta.

La possibilità di tradurre i bisogni in domande (prescrizioni), può portare l'erogatore a determinare tipologie e volumi di domanda correlati e coerenti più alla propria capacità produttiva che ai bisogni dei portatori.

Talvolta l'induzione della domanda da parte dell'offerta è legata a comportamenti opportunistici dei produttori, ma generalmente avviene in buona fede ed è conseguenza di una diffusa autoreferenzialità tra i produttori e dell'assenza di valide interlocuzioni che ne controbilancino il potere. L'allineamento della domanda alle esigenze dell'offerta, che in sanità è spes-

so la norma, genera una sistematica e diffusa inappropriatezza che si ritrova in tutta la catena diagnostico-terapeutica-riabilitativa e nel processo assistenziale.

La titanica impresa di correzione dell'inappropriatezza in sanità è tutt'uno con lo sforzo di indirizzare il comportamento dei produttori al perseguimento della coerenza tra bisogno e domanda, affinché la prestazione prescritta sia giustificata da reali, evidenti e documentate esigenze.

L'appropriatezza è una dimensione estremamente sfaccettata della qualità delle cure, e la faccia che è emersa recentemente si differenzia nettamente da tutte le precedenti per il fatto che non origina da un'esigenza interna alla medicina, ma da bisogni che sono estrinseci all'ambito sanitario.

Lo sviluppo tecnologico degli ultimi decenni e la diffusa consapevolezza delle grandi potenzialità diagnostico-terapeutiche della medicina hanno portato ad un progressivo espandersi della spesa sanitaria in tutti i paesi di civiltà occidentale. Questo incremento ha suscitato preoccupazione ed ha portato alla decisione dei governi (nazionale e regionali) di ridurre i costi sanitari. In questo contesto il termine appropriatezza indica la qualità dell'uso dei vari procedimenti clinici. Appropriatezza degli atti e delle decisioni mediche, che consiste nel valutare se un certo



provvedimento sia adeguato alla situazione patologica del paziente e se il beneficio apportatogli giustifichi la spesa sostenuta.

Questa accezione dell'appropriatezza, che combina valutazioni mediche e non mediche, suscita discussioni e differenziazioni che tendono a generare conflitti. Il contenimento dei costi, la somministrazione a ciascun paziente delle migliori cure, l'assicurazione per tutti dell'eguaglianza nell'accesso alle prestazioni e la libertà di scelta del paziente sono fini fra loro contrastanti. L'armonizzazione dei fini contrastanti nella produzione dei servizi sanitari ci porta all'interno del complesso e difficile tema del miglioramento continuo della qualità (MCQ) introdotto nel SSN con le norme sull'accreditamento del 1997[18]. I Sistemi di Miglioramento della Qualità sono un insieme di procedure, misure e azioni tese a garantire che l'assistenza fornita ai pazienti osservi criteri specifici in tutta la catena del processo assistenziale, dall'identificazione del bisogno all'esito delle cure.

I sistemi MCQ rappresentano anzitutto uno strumento con cui gli stakeholders esterni (pazienti e finanziatori) possono verificare come i gestori perseguono il miglioramento della qualità (accreditamento, certificazione, ecc.); costituiscono inoltre uno strumento per l'apprendimento continuo e il miglioramento dell'assistenza da parte degli stakeholders interni (operatori sanitari, professioni e istituzioni). L'autovalutazione e la valutazione interna sono elementi critici e decisivi per il raggiungimento dell'obiettivo "qualità".

Tutto il processo di cura deve essere dominato dalla ricerca di tappe e traguardi appropriati; da un governo permanente di tutta la catena della domanda, dalla prima prescrizione a tutte le successive che volta per volta si aggiungono (indagini diagnostiche, visite di controllo, consulenze, farmaci). E' evidente, infatti, che non si possa pensare alla moltiplicazione di

controllori esterni (valutatori di appropriatezza che indagano a tappeto i comportamenti e le scelte dei produttori) per due ordini di motivi:

1. Perché i costi di un apparato di controllo dimensionato alla verifica delle prescrizioni sarebbero probabilmente superiori a quelli prodotti dall'inappropriatezza delle prestazioni
2. Perché, dopo un positivo impatto iniziale, produrrebbero una maggiore accuratezza della documentazione e delle registrazioni cliniche in funzione difensiva col risultato di mantenere l'inappropriatezza e di giustificarla meglio (è quello che si è in parte osservato con l'introduzione del PRUO).

Al di là delle iniziative di livello sovra aziendale che si sono sviluppate con l'obiettivo di arginare il fenomeno dell'inappropriatezza iniziate col DPCM sui LEA del 2001 e continuate col progetto mattoni nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni, è a livello aziendale che si può concretamente perseguire l'obiettivo dell'appropriatezza, presidiando il rapporto tra bisogno e domanda espressa.

Il presidio del rapporto tra bisogno e domanda si può realizzare conoscendo le prestazioni e governandone l'utilizzo la conoscenza, la valutazione degli esiti e la consapevolezza di ciò che si fa sono le prime tappe da perseguire (non sono rare ancora oggi le strutture che operano alla cieca). La conoscenza del risultato e del suo grado di inappropriatezza, però, ci di-

ce solo che il servizio considerato è stato erogato impropriamente in una certa percentuale di casi. Il percorso dalla conoscenza alla consapevolezza e al miglioramento è ancora tutto da realizzare; e anche laddove è presente una pressione verso la cultura del miglioramento della qualità dei servizi erogati, la consapevolezza è spesso presente nei singoli, ma non è scontato che sia socializzata e divenga patrimonio comune. In questa strategica e delicatissima posizione gioca il suo ruolo la direzione sanitaria; o, meglio, le direzioni sanitarie (aziendali, ospedaliere, distrettuali e dei servizi di prevenzione). Lo stile con cui le direzioni orientano e conducono i processi influenzano profondamente le dimensioni aziendali della qualità e soprattutto l'appropriatezza delle prestazioni, i box 3 e 4 riassumono le funzioni delle direzioni sanitarie e la responsabilità del direttore sanitario. Le Aziende Sanitarie possiedono al proprio interno non una direzione sanitaria ma una rete di direzioni sanitarie (aziendale, ospedaliera, di distretto, di presidio poliambulatoriale, di dipartimento di prevenzione, ecc.) che attraversano di norma problemi di intesa e di armonia tra loro. Ciò ancor di più oggi che la legge consente a tutti i medici, e non solo ai direttori sanitari di formazione e carriera, di svolgere il compito di direttore sanitario aziendale. La disarmonia della rete di direzione sanitaria infatti, rappresenta un ostacolo alle iniziative di perseguimento dell'appropriatezza.

BOX 4. FUNZIONI DELLA DIREZIONE SANITARIA

La Direzione Sanitaria è l'organo di collegamento e di intermediazione dei processi organizzativo-gestionali di carattere clinico-sanitario che coinvolgono più divisioni, unità operative e servizi; esercita un ruolo di mediazione tra le esigenze del mondo clinico e scientifico (efficacia dell'assistenza ed innovazione scientifica) e quelle del mondo amministrativo e gestionale (utilizzo efficiente delle risorse), facendosi garante sia nei confronti dell'interno (pazienti e personale) che del mondo esterno (comunità ed istituzioni) della qualità assistenziale, con particolare riferimento alla:

- Sicurezza e prevenzione del rischio
- Appropriatezza dei trattamenti
- Equità delle condizioni di accesso
- Umanizzazione e comfort ambientale
- Rispetto della normativa e della deontologia professionale[19].

BOX 5. RESPONSABILITÀ DEL DIRETTORE SANITARIO

Il Direttore Sanitario:

- È responsabile dell'andamento tecnico, igienico ed organizzativo dell'ospedale.
- Concorre al governo aziendale partecipando al processo di pianificazione strategica e operativa.
- È il responsabile della Clinical Governance, cioè esercita la responsabilità in merito all'individuazione ed all'attuazione di percorsi clinico-assistenziali che, nel quadro delle compatibilità finanziarie, siano ritenuti più efficaci ed appropriati.
- È il responsabile complessivo da un lato della qualità e dell'efficienza tecnica ed operativa della produzione di prestazioni ("linee verticali"), dall'altro della distribuzione dei servizi, attraverso l'integrazione dei singoli prodotti in servizi o in programmi di assistenza, orientati al singolo ed alla collettività ("linee orizzontali").
- È il garante, da un punto di vista strettamente organizzativo e gestionale, dell'erogazione integrata delle prestazioni sanitarie ospedaliere.
- È il responsabile della corretta organizzazione ed esecuzione dei programmi assistenziali orizzontali, frutto dell'integrazione delle linee verticali responsabili della produzione delle singole prestazioni.
- È il responsabile del rispetto dei requisiti previsti per l'accreditamento (sia istituzionale che all'eccellenza) delle strutture e dei professionisti che operano nell'Istituto, nonché più in particolare delle condizioni relative alla sicurezza.[19].

I direttori sanitari svolgono funzioni di regolazione e controllo del sistema, occupano una posizione chiave (nodo della rete organizzativa) e possono orientare le attività e i comportamenti degli altri dirigenti. A loro è richiesto un approccio per processi [20], alle attività di cui si occupano capace di collegare i requisiti della norma UNI EN ISO 9001:2000 (figura n 3).

L'approccio per processi comporta:

- l'identificazione nell'ambito dell'applicazione del sistema di gestione;
- la sequenza e le interazioni (mappatura dei processi);
- i criteri ed i metodi per il loro funzionamento, controllo, monitoraggio, misura ed analisi;
- l'individuazione delle risorse e delle informazioni per il funzionamento e il controllo dei processi e le azioni necessarie per conseguire i risultati pianificati;
- il miglioramento continuo dei processi identificati.

I processi sono un insieme di attività correlate o interagenti che trasformano elementi in ingresso in elementi in uscita. [20] e in quanto insieme di attività correlate e interagenti possono:

- essere individuati all'interno di una singola funzione dell'organizzazione (es. assistenza);
- essere inter-funzionali, "rompendo" quindi i confini delle funzioni;
- collegarsi fra di loro in modo orizzontale (es. i processi di realizzazione della prestazione di ricovero) o verticale (es. i processi di pianificazione strategica e definizione delle risorse);
- essere posizionati a diversi livelli:
 - strategico di business,
 - intermedi (operations),
 - operativi.

- intermedi (operations),
 - operativi.
- E. Quest'ultimo punto porta, fra l'altro, alla suddivisione dei processi in:
- primari, strategici o di business;
 - secondari, di supporto od operativi.
- F. I processi, infine, possono essere di tipo consolidato, già esistenti anche se non formalizzati, o da progettare/modificare secondo nuovi servizi od obiettivi aziendali.
- G. Dal punto di vista operativo, l'identificazione, e definizione della sequenza ed interazioni, segue il flusso della figura n 3.

La gestione per processi e il miglioramento della qualità possono essere introdotti partendo dalla politica per la qualità dell'organizzazione. La funzione delle direzioni sanitarie consiste nel trasferire ai produttori (direttori delle unità produttive) gli obiettivi della politica dell'organizzazione e, viceversa, alla direzione il feed back delle strutture operative. La direzione sanitaria ha anche il compito di facilitare e verificare, attraverso un pianificato e condiviso sistema di audit, l'identificazione e la razionalizzazione dei processi correlati alla produzione. Tutto ciò comporta che i responsabili della produzione, che hanno la responsabilità diretta del processo

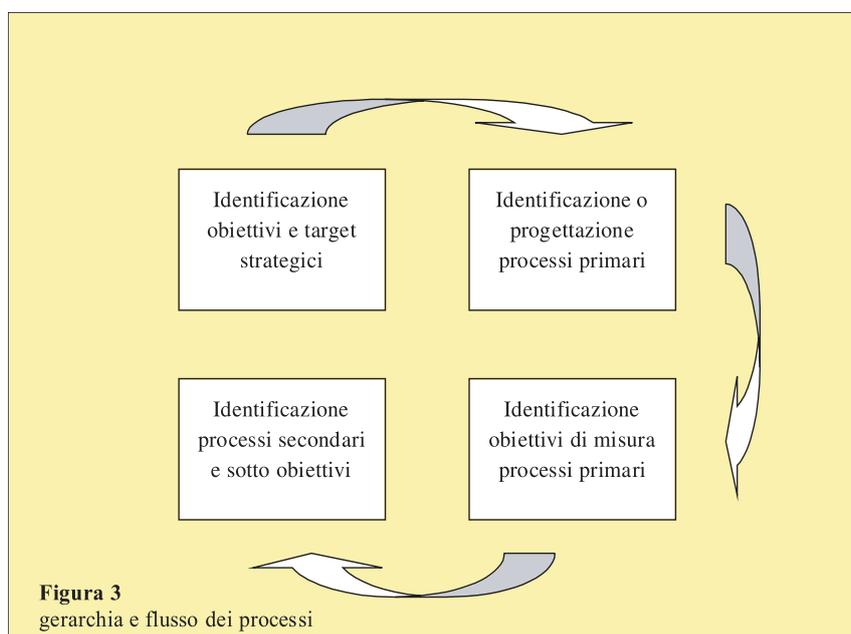


Figura 3
gerarchia e flusso dei processi

operativo e sono, quindi, i diretti artefici delle scelte inappropriate, acquisiscano e mantengano nel tempo una tensione costante verso i principi della qualità (centralità del cliente, visione per processi, assunzione delle decisioni sulla base di dati di fatto, leadership, approccio sistemico alla gestione, coinvolgimento del personale, miglioramento continuo e rapporti di reciproco beneficio con i fornitori). La sua missione impone al direttore sanitario il possesso di molte abilità, molte competenze e, soprattutto, della capacità di condurre il sistema in cui opera (ospedale, distretto) col coinvolgimento attivo degli stakeholders interni, anzitutto dei produttori.

La leadership del direttore sanitario deve essere focalizzata sulla motivazione e sul servizio alla motivazione degli altri (saper dare motivi per agire); più che una leadership una stewardship[21]. Il direttore sanitario deve ascoltare i dirigenti, valorizzarne le idee e i talenti e donare il meglio di sé per la loro crescita, Tutto ciò promuovendo la propria crescita che alimenta il suo "spirito manageriale". Ciò non significa che la direzione sanitaria debba essere debole, anzi, al contrario, dovrà acquisire più forza.

Una forza ed un controllo che gli consentano di delegare con chiarezza, fornire una visione globale ai produttori sullo scopo di ogni operazione e progetto, indicare gli obiettivi che s'intende raggiungere e dividerli insieme, operare una verifica accettata dei risultati, dare spazio alla creatività e valorizzare le idee degli altri, aiutandoli, quindi, ad esprimere il meglio del proprio potenziale.

Lo steward nella tradizione inglese è "la persona incaricata dell'andamento di una casa signorile o di una proprietà terriera, a cui è affidata la supervisione delle cucine e del personale di servizio". Di umili origini (steward indicava il guardiano della stia), il termine steward ha acquistato col tempo significati diversi, tra cui dispensiere, cambusiere, Sincalco di Corte (Lord Steward of the

Household) e infine l'equivalente maschile di hostess sugli aerei civili. La stewardship è la gestione di beni che appartengono ad altri o destinati ad altri e sottolinea la serietà e la responsabilità (la missione di servizio) nella gestione collegiale delle attività. Il direttore sanitario per conseguire l'appropriatezza delle prestazioni nella sua azienda o nella sua struttura deve operare come un manager dei manager (metamanager) [22] avendo sempre al centro dei suoi interessi gli stakeholders e come target i direttori delle équipes di produzione.

Bibliografia

[1] Cochrane A.L. *Effectiveness and Efficiency: random reflections on health services*, Nuffield Provincial Hospital Trust, London. 1972

[2] Zanetti M., Montaguti U., Ricciarelli G., et al. *Il medico e il management. Guida ragionata alle funzionigestionali*, Accademia nazionale di Medicina, Genova 1996

[3] Zukermann S., Feder J., Hadley J. "Hospital responses to Medicare's prospective payment system", *Bull Ny Acad*; 64: 52-62. 1988

[4] Restuccia J.D. "The evolution of hospitalization review method in the United States", *Int J Quality Health Care*; 7: 253-60. 1995

[5] Gertman P., Restuccia J.D. "The Appropriateness Evaluation Protocol. A Technique for Assessing Unnecessary Days of Hospital Care", *Med Care*; 8: 855-71. 1981

[6] Decreto del Ministro della Sanità. del 15 aprile 1994, emanato in attuazione del decreto legislativo 517/93

[7] Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 Definizione dei livelli essenziali di assistenza Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale dell' 8 febbraio 2002

[8] Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 248 del 24 ottobre 2001

[9] Brook RH *Appropriateness: the next frontier BMJ* 1994; 308: 218-219

[10] "Rapporto questionario politiche dell'appropriatezza" Misura dell'Appropri-

tezza Ministero della Salute Progetto Mattoni SSN 25.10.2006

[11] Lisa I. *Lezioni Risk Adjustment for Measuring Healthcare Outcomes, Third Edition Hardback*, 508 pp, August 2003,

[12] *Manuale sul risk adjustment, Misura dell'outcome*, Ministero della Salute, Progetto Mattoni SSN 09/02/06

[13] *All Patient Refined DRG Software*, 3M www.3m.com/us/healthcare.

[14] Baglio G., Materia E., Vantaggiato G., Perucci C.A. "Valutare l'appropriatezza dei ricoveri con dati amministrativi: ruolo degli Apr-Drg", *Tendenze Nuove*; 1: 51-70. 2001

[15] Materia E., Baglio G., Di Domenico Antonio R., et al. *Evaluating hospital appropriateness in Italy through the administrative data: the Appro method, proceedings of the 18th International Case Mix Conference. Patient Classification System Europe*, Innsbruck, 2-5 October 2002

[16] Berki R.N. *Marcuse and the crisis of the new radicalism: from politics to Religion? The journal of politics* Vol 34, n.1:56-92, feb 1972

[17] Becker G:S: *Social economics: market behavior in a social environment*, Haward University Press, 2001

[18] DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 14 gennaio 1997 *Approvazione dell' atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano , in materia di requisiti strutturali , tecnologici ed organizzativi minimi per l' esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private* Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 42 del 20.2.1997

[19] *Declaratoria delle funzioni della direzione sanitaria dello IEO (Istituto Europeo di Oncologia)* www.ieo.it/italiano/il_nostro_istituto/dir_san.shtml

[20] NORMA TECNICA UNI EN ISO 9000:2005 *Sistemi di gestione per la qualità - Fondamenti e vocabolario- punto 3.4.1 UNI 13/12/2005*

[21] McKee M. "The challenge of stewardship", *Eur J Public Health*; 11: 122-32001

[22] Kevin Foley "Meta - Management"



*“Questo è un piccolo
passo per un uomo,
ma un grande balzo
per l’umanità.”*

Neil A. Armstrong



Swingo XP

**Un piccolo passo per i vostri operatori,
ma un grande balzo per le vostre operazioni**



JohnsonDiversey S.p.A.
Via Meucci 40 - 20128 Milano
Tel: 00 39 02 25801
Fax: 00 39 02 2566960
www.johnsondiversev.it

JohnsonDiversey
Clean is just the beginning



L'evoluzione del modello d'ospedale

Riassunto

Viene rapidamente delineato lo scenario di evoluzione improntato dalla rivoluzione della nuova medicina dell'era post-genomica (medicina molecolare e medicina dei sistemi) che portano verso la medicina predittiva e preventiva e dall'incredibile evoluzione tecnologica sui versanti sia della diagnostica (imaging molecolare e funzionale) e terapeutica (chirurgia robotica, radioterapia avanzata, ecc.) Si evidenziano le esperienze internazionali di riferimento più interessanti. Si delinea l'evoluzione dell'ospedale da "medico-centrico" a "paziente-centrico", da organizzazione per funzioni a funzionamento per processi con l'evoluzione verso l'introduzione della ricerca a fianco della clinica e di strutture di ospitalità per malati, accompagnatori e addetti.

Si porta un breve esempio del progetto CERBA, città della scienza e della salute che si candida a centro di valenza europea. Si approfondisce poi l'inserimento dell'Ospedale nella rete dei servizi per la salute, che deve essere cittadino-centrica (non più solo malato centrica) in un approccio olistico con una definizione del workflow, supportato dai nuovi sistemi informatici, che faccia evolvere dalla cura della malattia alla promozione della salute, in un sistema a rete, del quale il nuovo Ospedale deve rappresentare un nodo avanzato, in un sistema non più ospedale-centrico ma uomo-centrico, nel quale la comunicazione, la condivisione dei dati e la sinergia siano al servizio della salute.

Summary

The section aim to outline the medical and scientific revolution originated by the new era of postgenomic medicine (molecular medicine and system medicine), that brings to the predictive and preventive healthcare and by the impressive technological progress both in the diagnostics (molecular and functional imaging) and therapies (robotic surgery, advanced radiotherapy, etc.). The main and most interesting international experiences are briefly described as reference models. It is outlined the hospital evolution from "doctor-oriented" to "patient-oriented", from functional organization to process management organization, joining together research close to the clinic and hospitality structures for patients, relatives and personnel. It is presented the CERBA project, a new initiative to create a new reference centre for health and research at European level. To follow on, it is analysed the connection of hospital in the health services network, which must become citizen oriented (and not only patient oriented) with an olistic approach through the definition of new workflows, supported by new Information systems technology, in order to evolve from disease care to health promotion, in a network system people oriented and not hospital oriented, where communication, data sharing and synergies are the support for a true health.

M. Mauri, Direzione generale*

Con la collaborazione di:

A. Gullotti, Operational Manager*

M. Monaco, Assistente di direzione*

*Fondazione Centro Europeo di Ricerca Biomedica Avanzata (CERBA)

L'evoluzione recente della tipologia e dei modelli di ospedale deriva direttamente dai grandi mutamenti che si sono verificati, nel contesto in cui viviamo, a tutti i livelli: sociale, economico, demografico, epidemiologico, organizzativo e soprattutto dalle rivoluzioni in atto nelle conoscenze mediche e nelle tecnologie biomediche e informatiche.

Questo ha determinato cambiamenti epocali e la configurazione

di nuovi scenari, ai quali è indispensabile che gli ospedali e i sistemi sanitari di cui sono parte si adeguino.

In questa relazione tratteremo brevemente quali sono a nostro avviso:

1. Gli scenari

- La medicina nell'era post-genomica
- Le tecnologie biomediche
- Le tecnologie informatiche

2. L'evoluzione del modello funzionale e morfologico

- Lay-out, modelli di riferimento
- I centri avanzati
- Il CERBA (Centro Europeo di Ricerca Biomedica Avanzata)

3. L'evoluzione gestionale

4. Il contesto: l'evoluzione del Sistema Sanitario

- ICT
- La rete

1. GLI SCENARI

Non vogliamo in questa sede approfondire gli aspetti, molto importanti e in gran parte ben noti, relativi all'evoluzione economico-sociale, demografica ed epidemiologica che hanno profondamente mutate e diversificate le esigenze di cura e le aspettative nei confronti dell'assistenza. Ricordiamo solo il progressivo invecchiamento della popolazione, con



PAROLE CHIAVE: Ospedale, biotecnologie, medicina molecolare, sistemi sanitari, CERBA

KEY WORDS: Hospital, biotechnology, molecular medicine, health systems, CERBA

conseguente aumento della fascia che notoriamente è più bisognosa di assistenza. Cresce sempre più inoltre, anche grazie ai successi diagnostici e terapeutici della medicina, il numero di persone, anche giovani, non guarite ma che convivono, spesso con buona qualità di vita, con malattie che richiedono cure continue. Inoltre, l'evoluzione della cultura sanitaria ha comportato un aumento forte dell'interesse per l'apprendimento di maggiori conoscenze sulla propria salute e la maggiore informazione, talvolta purtroppo sviante, ha mutato le aspettative nei confronti dell'assistenza: oltre che richiedere strutture migliori per le prestazioni sanitarie oggi si ricerca la qualità anche dal punto di vista dell'ospitalità alberghiera, dell'accessibilità e di molti altri parametri qualitativi. L'accresciuta disponibilità economica, che ha consentito alla popolazione una maggiore spesa, e l'aumentata importanza della salute fisico-mentale (oggi al primo posto nella scala dei valori individuali) hanno determinato un notevole aumento dei "consumi sanitari" soprattutto nelle zone più industrializzate, che ha interessato indistintamente tutto l'insieme di beni e servizi sia in termini quantitativi che qualitativi, con una forte espansione della domanda di prestazioni sanitarie di qualità, ricercate nei centri di eccellenza anche con strumenti nuovi (es internet) e sempre meno con confini nazionali o regionali. Negli ultimi anni si sono poi verificati fenomeni di mutamento di modelli sociali (composizione delle famiglie con diminuito numero di componenti, flussi immigrazione da altri paesi, ecc.), comportamentali (cattiva alimentazione, dipendenze da fumo al-

cool droghe, ecc.) e variazioni nelle condizioni ambientali (inquinamento, elevata urbanizzazione ecc.), che hanno generato e/o aggravato l'incidenza di nuove malattie che si sono sostituite progressivamente a vecchie patologie ormai in gran parte debellate grazie al progresso medico scientifico. Ma nella nostra relazione, tralasciando gli argomenti sopra accennati, vorremmo puntare l'attenzione su tre aspetti che stanno determinando delle rivoluzioni epocali nella medicina e impreteranno l'evoluzione sempre più rapida dei modelli di Ospedali e dei sistemi sanitari: 1) il cambiamento della medicina nell'era post-genomica; 2) le tecnologie biomediche; 3) l'esplosione dell'information and communication technology (ICT).

1.1. La nuova medicina dell'era post-genomica: medicina molecolare e medicina dei sistemi

La decrittazione del genoma umano realizzata pochi anni or sono,

nel 2001, cambia l'approccio alle malattie e alla salute. Si dovranno utilizzare nella pratica clinica le conoscenze della ricerca genetica, della medicina dei sistemi e della medicina molecolare, applicate al singolo paziente, secondo le sue specifiche e uniche esigenze di cura. Sarà possibile prevedere una predisposizione alla malattia, e proteggere la salute della persona prima che sopraggiunga l'alterazione. Sono quindi indispensabili nuove risposte alla nuova realtà. Il "ciclo di cura" come classicamente definito grazie all'aumento delle conoscenze e al nuovo linguaggio, comune a tutte le patologie, dell'approccio genetico e molecolare verrà profondamente modificato per la possibilità di maggior comprensione delle malattie e anche della predisposizione a svilupparle, con l'inizio di una medicina predittiva. Sarà possibile e doveroso prevedere anticipatamente la risposta personale alle terapie e verranno sviluppati nuovi sistemi di prevenzione, diagnosi e terapie mirate e personalizzate. Sarà possibile ricostruire biologicamente parti malate e superare la tradizionale protesica e i trapianti, migliorando incredibilmente la qualità della vita e la sua durata in buone condizioni di salute.

Un nuovo paradigma va quindi a sostituirsi a quello tradizionale (pre-



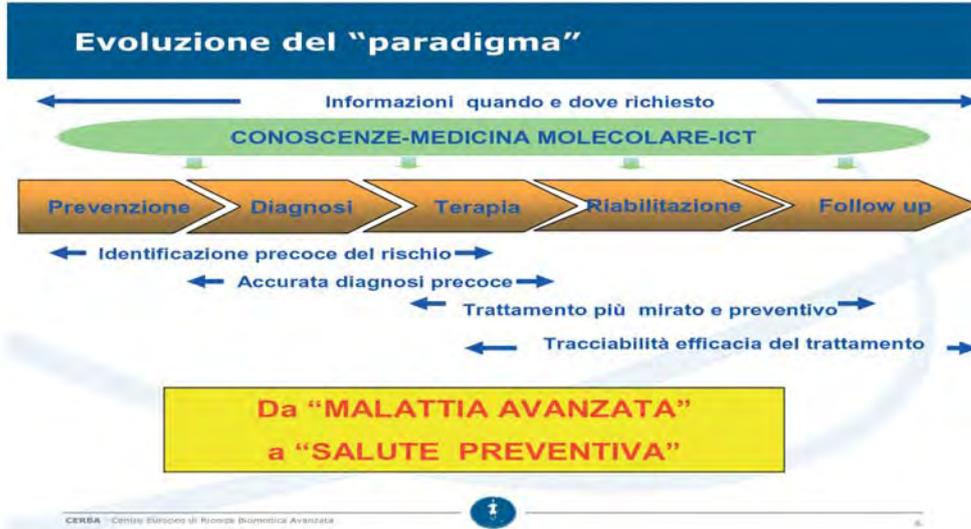
venzione, diagnosi, impostazione di una terapia, eventuale riabilitazione e follow up) e si delinea il passaggio dal concetto di "malattia avanzata" al concetto di "salute preventiva".

na nella sua individualità ed interezza ha portato ad un nuovo approccio chirurgico conservativo passando dal concetto di "massimo tollerabile" a quello di "minimo necessario" grazie anche allo svi-

logia, come l'ingegneria, la fisica, la chimica, l'informatica, stanno aprendo nuovi orizzonti fino a ieri impensabili.

1.3. Le tecnologie informatiche

Gli sviluppi dell'informatica perva-deranno sempre più i sistemi per la salute. E' anzi incredibile come fino ad oggi gli ospedali e le strutture sanitarie siano rimaste indietro, rispetto ad altri settori dell'industria o del commercio o della finanza nell'utilizzare queste immense possibilità. L'informatica potrà anche consentire di raggiungere il sempre auspicato approccio olistico alla persona, nella sua individualità e completezza, per curare l'individuo e non i suoi organi, ponendolo realmente al centro del Sistema per la Salute. Lo sviluppo dell'informatica la vedrà infatti passare su livelli diversi dagli attuali: per l'uso e per il funzionamento di singole apparecchiature (ad es. TAC, NMR, Ecografia, ecc.); per le applicazioni per il funzionamento dell'ospedale (di cui dovrà rappresentare il "sistema nervoso") per l'integrazione delle competenze e per la gestione del Sistema dei Servizi di diagnosi e cura, di supporto, accoglienza, governo e con-

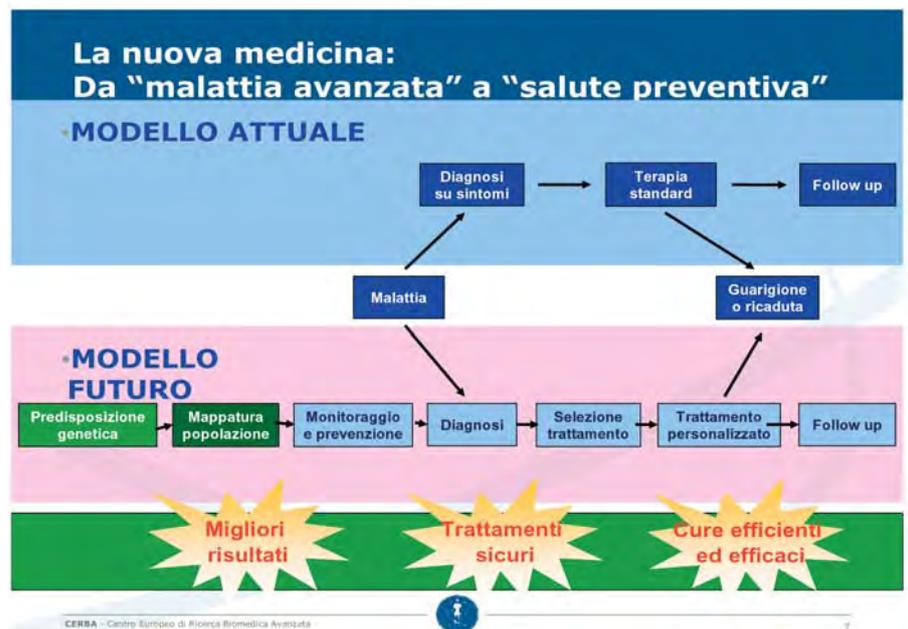


Dall'attuale modello di assistenza si potrà passare ad un modello che è caratterizzato quindi da una forte enfasi su tutte le fasi antecedenti allo sviluppo della malattia e, quando quest'ultima insorgesse, a nuovi metodi e tecniche di trattamento, con migliori risultati in termini anche di sicurezza, efficacia ed efficienza.

luppo di nuove tecniche chirurgiche e di radioterapia avanzata. Le nuove metodiche che scaturiscono quotidianamente dalla ricerca sia di diagnosi che di terapia, le nanotecnologie, la nuova farmacologia e le terapie biologiche, la medicina rigenerativa e il potenziamento della medicina con l'apporto di altre discipline oltre alla bio-

1.2. Le tecnologie biomediche

La rivoluzione scientifica si è sviluppata di pari passo, con influenze incrociate, con quella tecnologica. Nuove immense possibilità di prevenzione, diagnosi e cura, che fino a poco tempo fa sarebbero apparse fantascientifiche, si sono aperte e sono oggi disponibili e sempre più lo saranno in futuro. L'imaging ha reso "trasparente" il corpo, senza più necessità di intervenire chirurgicamente per conoscere anatomia e patologia o diagnosticare malattie. Si è potuto anche passare dalle immagini morfologiche a quelle funzionali e all'imaging molecolare. L'attenzione all'integrità e al rispetto della perso-



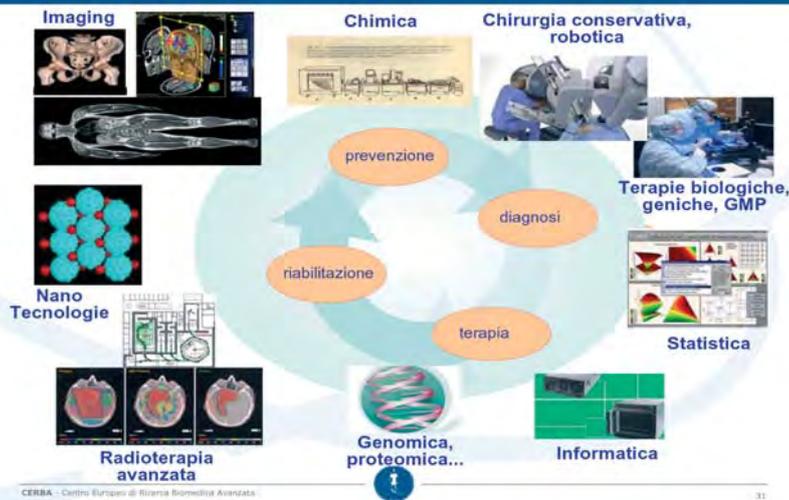
La rivoluzione tecnologica: Nuove possibilità di diagnosi e cura

- **Imaging**
 - in vivo: morfologica e funzionale
 - imaging molecolare
- **Terapie chirurgiche**
 - conservative e rispettose; dal massimo tollerabile al minimo necessario
 - robotica
 - trapianti
- **Radioterapia**
 - protonterapia e adroterapia
 - tomoterapia
 - radiofrequenze e US
 - radioisotopi veicolati
- **Nanotecnologie**
 - diagnostica in vivo e in vitro
- **Nuove metodiche**
 - Microarrays
 - Chips
 - Genetica molecolare
 - Terapia genica
 - Cellule staminali
 - GMP per terapie biologiche
- **New drugs**
 - predizione di efficacia
 - terapie personalizzate
- **Medicina rigenerativa**
 - ingegneria dei tessuti
 - biomateriali integrativi o sostitutivi
 - fattori di crescita
- **Ecc.....**

CERBA - Centro Europeo di Ricerca Biomedica Avanzata



Nuovi strumenti della scienza medica



CERBA - Centro Europeo di Ricerca Biomedica Avanzata

33

luzioni in atto e predisporre per utilizzare al meglio le nuove possibilità e le nuove tecnologie.

I nuovi centri avanzati, e non quindi necessariamente tutti gli ospedali ma solo alcuni di riferimento, dovranno necessariamente contenere strutture di ricerca e realizzare l'integrazione sinergica e la fusione tra ricerca e cure e la possibilità di utilizzare congiuntamente piattaforme tecnologiche e di servizio condivise. Dovranno costituire la punta avanzata del Sistema Sanitario ed essere al servizio e posti in rete e strettamente collegati funzionalmente e culturalmente con le altre strutture, ospedaliere e non, del territorio.

Dovranno essere sede di insegnamento per diffondere le conoscenze e per la formazione dei nuovi professionisti preparati per utilizzare le nuove possibilità e dovrebbero quindi avere al loro interno le opportune facilities tra loro collegate.

2.L'EVOLUZIONE DEL MODELLO FUNZIONALE E MORFOLOGICO

In questi nuovi scenari appare evidente la necessità di nuove soluzioni rispetto a quelle odierne degli Ospedali, che sviluppino ulteriormente nuovi modelli con nuove modalità di funzionamen-

trollo. Ma ancor più dovrà rendere possibile la gestione per percorsi/processi di cura=WORKFLOW, per giungere alla Gestione delle malattie, e da qui alla Gestione della salute realizzando una piena integrazione del network sanitario e la gestione informatizzata efficace ed efficiente delle informazioni relative al paziente, determinando così la vera centralità del cittadino. Riprenderemo questi concetti nella parte finale della nostra relazione.

I nuovi sistemi sanitari e i nuovi ospedali potranno e dovranno quindi tenere in massimo conto le evo-



to, per recepire le evoluzioni avvenute negli ultimi anni, che cercheremo di schematizzare e sintetizzare.

2.1. Lay-out e modelli di riferimento

Un primo passaggio dall'ospedale tradizionale a quello malatocentrico e organizzato per processi e non per funzioni è avvenuto in Italia all'inizio degli anni 90, e ha determinato un cambiamento importante nella quantità di spazi destinati alle degenze (diminuite di dimensioni relative e aumentate fortemente per qualità e comfort) e quelli dedicati alle prestazioni di diagnosi e cura, molto aumentate numericamente e organizzate con criteri di efficienza simil aziendale.

Il tentativo di recuperare efficienza e qualità e sicurezza, di rendere disponibile l'innovazione e di applicare nuove metodiche di gestione, ha coinciso con il cambiamento delle modalità di pagamento, non più a retta o a bilancio ma per "caso trattato" in base a DRG o tariffari.

Un esempio di successo di questa prima evoluzione è rappresentata dall'Istituto Clinico Humanitas di Milano.

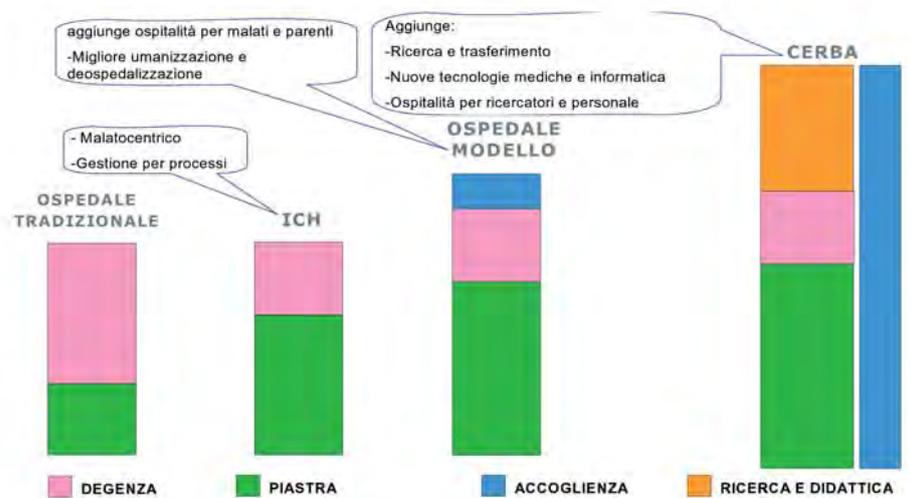
L'Ospedale "Modello", meta-progetto proposto come principi e definito con linee guida da Veronesi, Piano e Mauri, aggiunge nell'evoluzione la possibilità di ospitare in un'accoglienza alberghiera malati e accompagnatori per favorire la tendenza ai trattamenti ambulatoriali e in Day-Hospital, migliorare ancora l'umanizzazione rendendo più brevi, e quindi anche meno costose, le degenze, suddivise a loro volta in alta e normale assistenza.

Nell'evoluzione che continua il progetto CERBA rappresenta il programma più avanzato per recepire e attivare correttamente le nuove possibilità della nuova

medicina prima delineate. Aggiunge grandi spazi per la ricerca e il suo veloce trasferimento all'applicazione pratica al letto del malato e la didattica, prevede la possibilità di utilizzo delle nuove tecnologie mediche e informatiche, l'utilizzo di servizi condivisi e di piattaforme tecnologiche comuni, e aggiunge la possibilità di ospitare anche ricercatori, personale, professori, studenti e cittadini per prevenzione e diagnosi, oltre che i malati e i loro accompagnatori.

ricerca e clinica. L'elemento distintivo, rispetto al passato, è l'esigenza della contemporaneità e della contiguità e costante integrazione tra scienze di base, sviluppo tecnologico, ricerca clinica e attività assistenziale. Il processo tradizionale di trasferimento della conoscenza a favore del paziente deve infatti essere trasformato in un processo continuo di interscambio che proceda nelle due direzioni, dalla ricerca di base alla clinica e viceversa.

La rapidità di sviluppo di nuove in-



Contestualmente e di conseguenza si modificano i "contenitori" e quindi i lay-out delle strutture:

formazioni scientifiche e di nuovi processi tecnologici richiedono, quindi, una continua interazione



I modelli organizzativi innovativi e i lay-out che li favoriscono nel CERBA devono garantire la massima facilità di interazione e favorire le connessioni, le condivisioni e le sinergie con "cross-fertilization" tra

tra: centri di ricerca post-genomica, strutture di Medicina Molecolare che siano pronte a recepire e validare le scoperte della postgenomica, strutture formative in grado di formare ricercatori e medici

molecolari e altri organismi che sostengano il continuo sviluppo tecnologico e favoriscano il trasferimento alle applicazioni pratiche, e quindi anche al mondo delle imprese, in particolare biotecnologiche, farmaceutiche e informatiche.

2.2. I centri avanzati

Un ottimo esempio di realizzazione nella pratica di strutture idonee a soddisfare le nuove esigenze è rappresentato dal building 10, unico edificio con degenze di malati circondato da numerosi Istituti di ricerca e da strutture di accoglienza, dei National Institutes of Health (NIH) di Bethesda, Washington (USA). Qui i laboratori di ricerca sono situati allo stesso piano, in adiacenza e connessione facilitata con le degenze, ad alto grado di intensità di cura, e l'integrazione tra clinici e ricercatori è ben realizzata anche grazie alla vicinanza fisica.

I principali centri di ricerca in medicina molecolare nel mondo



LA RICERCA BIOMEDICA NEL MONDO

strutture, servizi e competenze specifiche ampie e variegata con reciproca "fertilizzazione"; sviluppo tecnologico avanzato e qualità dei servizi, in parte condivisi, elevata.

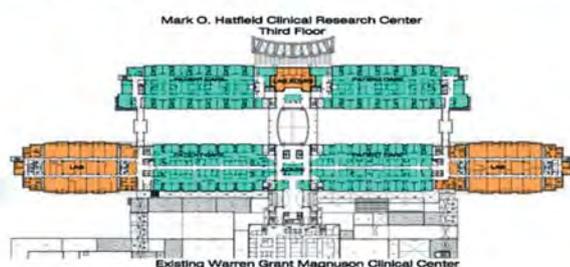
risorse e conoscenze, per velocizzare il percorso che consentirà di sconfiggere le principali malattie, come quelle ad es. oncologiche, cardiovascolari, neurologiche, ortopediche e reumatologiche, della procreazione e dello sviluppo, del sistema endocrino e di quello metabolico. La concentrazione in un'unica città della scienza e della salute consentirà di realizzare sinergie di scopo ed economie di scala, rendendo sostenibili gli investimenti rilevanti e gli alti costi necessari. Sarà possibile essere protagonisti e punto di riferimento per l'evoluzione della ricerca e le innovazioni della medicina e delle tecnologie. Permetterà di cogliere l'opportunità unica di rilanciare l'orgoglio italiano nel mondo ponendo Milano al centro del crocevia scientifico europeo e internazionale.

Il CERBA è un grandioso e ambizioso progetto scientifico e sanitario italiano, che prevede contenuti, principi ispiratori, linee guida clinico-scientifiche e gestionali, politiche per le persone e per la gestione definite prima della progettazione del contenitore, e cioè edifici e impianti. Intende riunire più Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, uniti dal comune denominatore della ricerca, sistema

Esperienze di riferimento

NIH – CAMPUS E COLLOCAZIONE FISICA CONTIGUA LABORATORI E CLINICA (PIÙ ISTITUTI DI RICERCA CON OSPEDALE UNICO)

LAY-OUT TIPICO: UNITÀ DI DEGENZA



CERBA - Centro Europeo di Ricerca Biomedica Avanzata

Alcuni altri centri avanzati che costituiscono dei riferimenti e dei modelli molto interessanti sono presenti sia nel mondo occidentale (nord America ed Europa) sia in Asia a Singapore.

NIH (National Institutes of Health), MSKCC (Memorial Sloan Kettering Cancer Center),

TMC (Texas Medical Center), Karolinska Institutet, Biopolis, e altri sono caratterizzate da:

concentrazione fisica in poche aree dedicate e massa critica; infra-

Le parole chiave per il successo sembrano quindi essere: Dimensione e Concentrazione; Innovazione e Qualità; Condivisione e Sinergia.

2.3. Il CERBA (Centro Europeo di Ricerca Biomedica Avanzata)

In questo contesto si inserisce l'iniziativa CERBA, caratterizzata da una forte volontà di rispondere alle nuove esigenze, concentrando

**CERBA
(Centro Europeo di Ricerca Biomedica Avanzata)**


CERBA - Centro Europeo di Ricerca Biomedica Avanzata



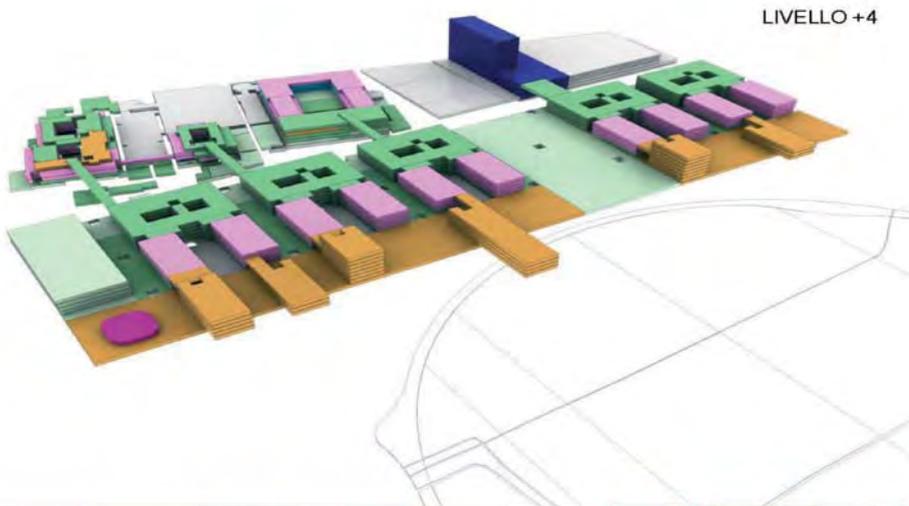
condiviso e di unificazione tra i diversi partecipanti di differenti discipline specialistiche. La ricerca basata sul genoma infatti, unico per la specie umana, e sulla medicina molecolare, può essere trasversale e dare frutti che interessano sia gli oncologi che i cardiologi che altri settori specialistici. Il lay-out facilita l'attuazione delle modalità di integrazione e sinergia previste, con collegamento diretto dei laboratori alle degenze e alle piattaforme dei servizi. Incrementa ulteriormente rispetto all'Ospedale Modello il dimensionamento della piastra di diagnosi e cura; attua condivisione di piattaforme, tecnologie e servizi; amplia gli spa-

zi di accoglienza dei pazienti, ricercatori e personale, creando quindi una città viva in un ambiente umano, in un contesto di spazio verde aperto anche al pubblico. Prendendo spunto dalle esperienze di successo internazionale, le soluzioni progettate per il CERBA costituiscono un'evoluzione dei modelli adottati da istituti innovativi e qualificati. Il modello funzionale, organizzativo-gestionale, finanziario e urbanistico-architettonico elaborato per il CERBA è molto avanzato, innovativo e coraggioso. Il progetto architettonico assicura flessibilità e conformabilità dimensionale pur in un unico disegno generale; rappresenta un si-

stema unificante per tutti gli istituti che trovano una razionale distribuzione per i processi da gestire. La ricerca è collegata alla degenza per facilitare gli scambi e favorire la ricerca "translational"; la degenza è a sua volta collegata ai servizi diagnostico-terapeutici e di supporto sanitario, propri o condivisi, per ottimizzarne qualità e efficienza; è facilitato il collegamento tra le diverse strutture. L'attenzione posta sull'accoglienza alberghiera e residenziale favorisce sia l'umanizzazione e la deospedalizzazione che la convivenza con cross-fertilization nel campus. Le diverse collocazioni funzionali e i rapporti reciproci sono rilevabili dalla figura sottostante.

L'architettura funzionale e le soluzioni urbanistiche sviluppate evidenziano le peculiarità strutturali, dimensionali e logistiche del progetto, l'interconnessione delle attività sanitarie, di ricerca e della didattica, i flussi logistici e di accessibilità nonché l'inserimento degli aspetti residenziali e dell'area verde pubblica nel complesso della "città" della scienza e della salute; la grande attenzione al rispetto ambientale e al risparmio energetico e il potenziamento sinergico nella fruibilità del verde con la creazione di un grande parco urbano aperto a tutti, nodo del progetto di sistema del verde Metrobosco e Raggi verdi di Milano e Provincia. La realizzazione procederà per fasi successive, iniziando dalle principali aree che rappresentano i big killers (patologie tumorali, cardiovascolari e neurologiche) ma la flessibilità e la modularità del progetto consentiranno di adattarsi ai mutamenti delle necessità clinico scientifiche e di collocazioni di Istituti richieste. Le soluzioni progettate consentono applicazione rigorosa di filosofia, principi e politiche e pertanto:

- Funzionamento per processi integrati clinico-scientifici
- Funzionalità degli edifici progettati sulle esigenze di ricerca e cura
- Originalità delle soluzioni architettoniche
- Umanizzazione per gli ospiti e gli addetti



LIVELLO +4



- Ergonomia degli ambienti di lavoro
- Rispetto e valorizzazione ambientale
- Risparmio energetico
- Efficienza di gestione Il CERBA rappresenta quindi un'evoluzione nella continuità dell'ospedale modello

La superficie totale del terreno destinato al CERBA, adiacente all'Istituto Europeo di Oncologia, è di 620.000 mq, dei quali 310 saranno riservati a parco aperto al pubblico generale oltre che agli ospiti del CERBA. Si prevede la realizzazione, oltre alle espansioni dell'IEO, in un unico funzionale di 320.000mq di superficie lorda di pavimento e più di 6.000 parcheggi oltre ad un forte potenziamento dei mezzi di trasporto pubblici.

I punti di forza del progetto possono essere così sintetizzati:

- massima flessibilità e configurabilità grazie alla modularità e alla possibilità di espansione
- massima condivisione dei servizi:
 - massimizzare collaborazione e sinergie, innovazioni e tecnologie
 - qualità, efficienza ed economie di scala
 - minimizzare ridondanze ed inefficienze
- ingressi di nuovi Istituti facilitati dalla possibilità di servizi "plug & play"
- valorizzazione dell'immagine, anche con un adeguato utilizzo del brand
- richiamo per utilizzatori e personale e aumento dell'utilizzo di nuovi canali di comunicazione e informazione (internet)
- personale internazionale, orgoglioso e motivato, impiegato a tempo pieno e in esclusiva.

In sintesi quindi il modello CERBA nasce dalle prospettive individuabili dai nuovi scenari e realizza progettualità non solo architettonica ma soprattutto organizzativa e gestionale tesa a costituire un centro di eccellenza che si collochi tra le migliori esperienze internazionali, che rilanci e dia valore aggiunto alla competitività italiana ed europea nel settore



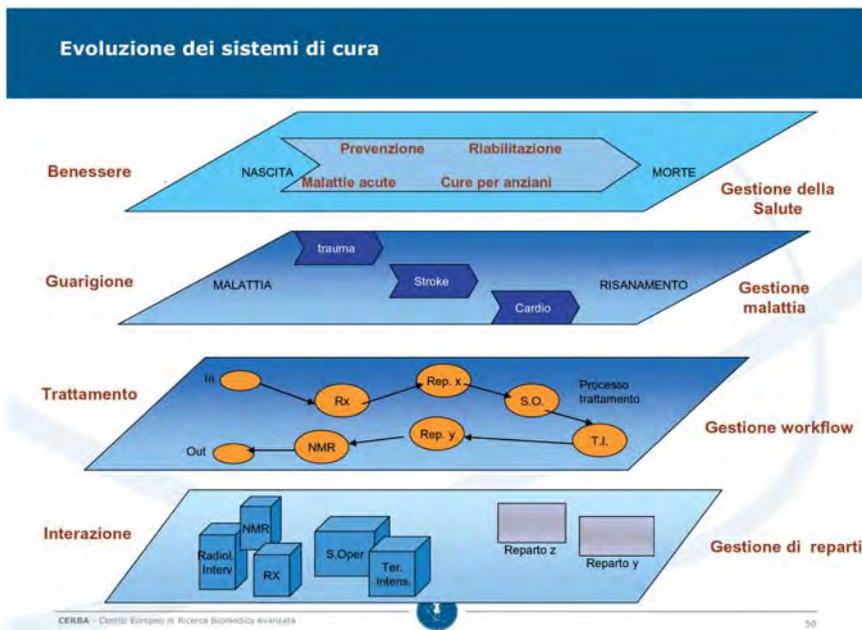
biomedico; è una risposta forte alle nuove richieste dei cittadini che chiedono comunque più qualità e innovazione; mette a disposizione risorse per favorire lo sviluppo della ricerca e delle tecnologie biomediche e delle attività di diagnosi in modo innovativo: -concentrando in un unico luogo, paragonabile ad una città, più soggetti autonomi e rendendo agevole il lancio di nuovi soggetti -facilitando l'attività dei partecipanti predisponendo regole comuni e condivise -creando disponibilità di spazi e strutture, servizi di utilità (scientifici, clinici, generali) comuni ed efficienti.

3. L'EVOLUZIONE GESTIONALE

Non basta una buona macchina: bisogna saperla usare e governare.

Anche nella gestione è quindi indispensabile un'evoluzione parallela e contemporanea a quella scientifica e clinica. Tra i principali motivi che richiedono un adeguamento ricordiamo: -l'evoluzione delle conoscenze -l'evoluzione del "modo" di fare medicina -le ricadute delle tecnologie -le sinergie con il mondo della ricerca -la condivisione dei risultati della ricerca -l'uso ottimale delle risorse -l'integrazione nel Sistema Sanitario a rete Rispetto al classico schema organizzativo e gestionale che prevede disponibilità contemporanea di risorse materiali e professionali multiple e integrate, governate secondo un modello organizzativo e gestionale basato su servizi centralizzati, sistema informativo istituzionale e controllo di gestione di tipo azien-





dale per raggiungere risultati di produttività ed efficienza con tempi più brevi e costi certi, a favore del paziente, che resta la figura centrale intorno al quale si attivano le prestazioni per garantirgli cure adeguate è indispensabile tener conto di nuove realtà. Vanno tenute presenti le necessità delle nuove conoscenze scientifiche, e in particolare delle necessità di personalizzazione delle cure e specie delle terapie. Occorre introdurre la gestione per progetti e processi, realizzare la vera contiguità tra clinici e ricercatori e la condivisione tra tutti dei servizi avanzati. Sul versante dei risultati si verificheranno notevoli vantaggi con l'applicazione delle scoperte della ricerca e la sinergia tra ricerca e clinica.

substantialmente quello dell'uso delle tecnologie informatiche (oltre che per il funzionamento di singole apparecchiature: pensiamo ad es. a tutte le immagini elettroniche di TAC, MR, ECO, ecc) come strumenti per l'interazione e l'integrazione di e tra tra differenti dipartimenti e reparti (ad es. PACS, RIS, SIO, ecc.). L'evoluzione oggi in corso ha come obiettivo di migliorare i trattamenti dei "casi trattati" con lo strumento informatico per l'ausilio alla gestione di processo (workflow), sia come base dati di conoscenze e linee guida, sia come supporto alla formulazione e al controllo dell'attuazione corretta dei percorsi, da personalizzare per il

singolo paziente, che attraversano nel processo di diagnosi e cura differenti facilities tra loro collegate. Ma l'ulteriore evoluzione di domani vedrà come obiettivo non più il trattamento della malattia ma la guarigione attraverso percorsi ad hoc per ogni circostanza che con lo strumento della gestione della malattia integrata tra più operatori e più strutture che assicuri il massimo possibile di risanamento. Per giungere infine in un futuro prossimo ad una rivoluzione dell'approccio, che veda come protagonista non più il malato ma il cittadino sano e come obiettivo non più la guarigione dalla malattia ma impedire il formarsi di malattie. In altre parole il passaggio dalla sanità alla salute, intesa come stato di benessere fisico, psichico e sociale, e al suo mantenimento per mezzo della medicina predittiva e preventiva e di tutti gli apporti anche innovativi di diagnosi e cura personalizzate quando dovessero insorgere malattie acute o necessità di riabilitazione o di cure legate al progredire dell'età. L'evoluzione nel futuro ci consentirà quindi di alzare progressivamente il livello, passando dalla gestione delle apparecchiature e dei reparti a quella dei processi e quindi alla gestione delle malattie e finalmente alla gestione della salute. Appare del tutto evidente che è indispensabile che il sistema sanitario evolva per cogliere le nuove op-

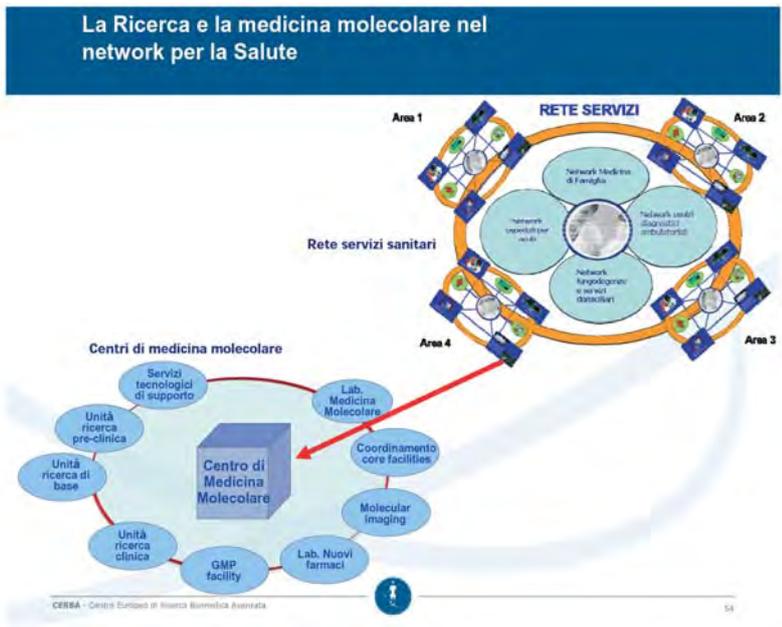
4. IL CONTESTO: L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA SANITARIO

4.1 L'ICT

L'evoluzione delle tecnologie informatiche e la loro applicazione ai sistemi sanitari consentirà evoluzioni fondamentali nell'approccio alle cure e alla salute. Cambieranno sostanzialmente le finalità e gli obiettivi nell'uso dell'informatica e i risultati raggiungibili. La situazione attuale prevede come obiettivi

I Capisaldi della rete cittadino-centrica





portunità fornite dall'evoluzione della scienza e delle tecnologie e deve organizzarsi e funzionare in modo del tutto differente. E' di fondamentale importanza che si passi da un sistema frammentato e disunito, di fatto Ospedalocentrico, ad un Sistema integrato a rete.

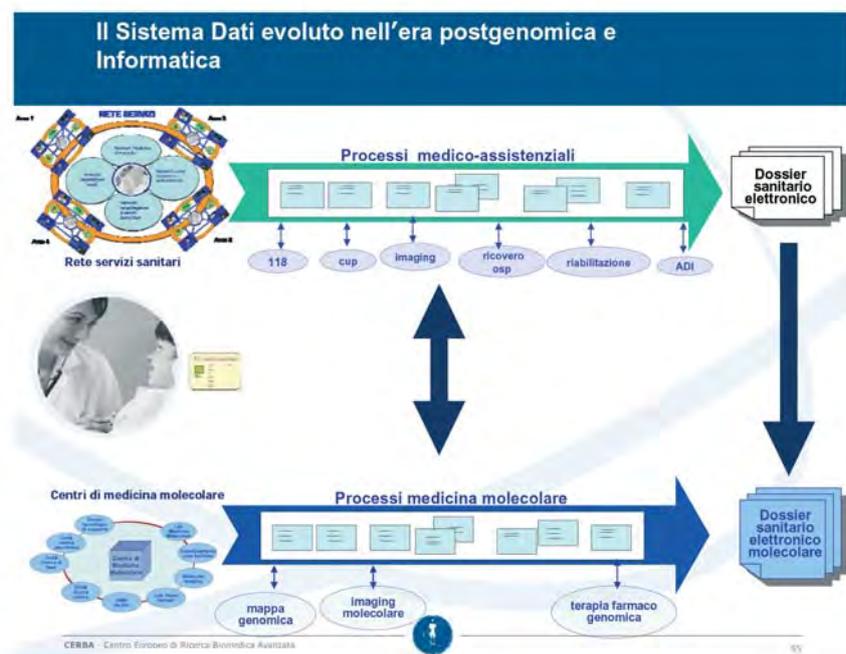
4.2. La rete

Va cancellato il dualismo Ospedale- Territorio. La rete di Ospedali fa parte del Territorio, non è avulsa dal contesto: separazione e chiusura reciproca vanno superate, tutti i servizi, armonicamente integrati, devono riconoscersi parte di un unico Sistema a rete. Esistono tutti gli strumenti necessari per realizzare un nuovo Modello di sistema a rete integrata, di area e generale. E' difficile ma irrinunciabile organizzarsi per realizzarlo. L'ospedale deve essere attore, importante ma non unico: ciascuno deve fare la sua parte, non sostituirsi impropriamente ad altri per passare realmente non solo come già detto da un sistema Ospedalocentrico ad uno Cittadino-centrico (che superi anche il concetto di centralità del Malato per farlo evolvere in quello di centralità della persona, anche sana e

da mantenere tale) e per passare dalla cura delle malattie alla promozione della salute. In questo network integrato un ruolo importante è riservato alla ricerca e alla tecnologia e alla medicina molecolare, che devono avere un solido radicamento in una comunità scientifica estesa e diversificata. I capisaldi del Sistema a nostro avviso sono 4: i medici di medicina generale, i centri di diagnosi e cure ambulatoriali, gli ospedali per acuti ad alta tecnologia e as-

sistenza e le strutture per le lungodegenze, la riabilitazione, la ospedalizzazione a domicilio e l'assistenza per le aree di disagio e socio sanitarie.

I centri di ricerca e medicina molecolare, punta avanzata del caposaldo degli Ospedali, costituiscono il riferimento e lo stimolo all'evoluzione e all'innovazione, valicata e controllata, nel sistema di rapporti tra le strutture che devono fornire prestazioni di assistenza, conoscenze e loro diffusione per mezzo della didattica. Si dovrà giungere, ed è oggi tecnicamente del tutto possibile grazie all'informatica, alla creazione e gestione non solo di un dossier sanitario elettronico, che contenga le informazioni non solo sui processi medico assistenziali che hanno interessato il paziente, ma anche sui risultati di medicina molecolare che interessano la sua Salute, in ambito anche predittivo e preventivo, con il completamento del dossier personale elettronico anche con dati molecolari. Le problematiche etiche, operative, organizzative e economiche che questo quadro apre sono enormi ma vanno affrontate da subito, per potere e sapere stare al passo con il mon-



do evoluto. Non vogliamo qui affrontare queste problematiche ma siamo certi che con la ricerca dell'eccellenza, l'utilizzo corretto della ricerca e delle tecnologie biomediche e informatiche, sarà realizzabile un valido Sistema per la Salute rappresentato da una rete dei servizi cittadini-centrica evoluta efficiente e di alta qualità.

Gli esperti di Sanità, e innanzitutto i medici di Direzione e i Direttori generali, devono diventare lo stimolo e i catalizzatori per favorire l'evoluzione positiva degli Ospedali e insieme a loro del Sistema sanitario che li comprende.

Possono sensibilizzare i medici e i cittadini, e tramite loro i livelli di governo, perché si compia un cammino coerente e lineare per un balzo in avanti, senza il quale il passato si perpetuereb-



be nel presente, con tentativi sempre più frustranti di adeguarsi a miglioramenti già superati, in una dimensione di arretratezza, mentre a nostro avviso sono indispensabili slanci di ideazione

e prospettive stimolanti e coinvolgenti per la nostra salute e il nostro futuro.



**PROTEGGE
LA VOSTRA PELLE
GIORNO DOPO
GIORNO
DISINFETTA
NUTRE
SENZA DISIDRATARE**

device

Alphadevice s.r.l.

Via A. Bartocci 5/b
05100 Terni Italia
Tel. 0744.817248 Fax 0744.817431
www.alphadevice.it

**H Huckert's
international**
Your best Partner in Hygiene
www.umonium.com

Il nuovo termodisinfettore PG 8528 Perfect Miele

Efficacia di lavaggio, sicurezza e praticità d'uso, convenienza

La pulizia e la disinfezione di strumenti medici, provette e vetreria infetti è un processo delicato e pertanto richiede apparecchi che garantiscano risultati sicuri e perfetti. Si tratta non solo di rispettare tutti i parametri richiesti per legge, ma anche di prevenire qualsiasi infezione in ambiente medico/ospedaliero. Miele Professional, grazie a decenni di esperienza nelle apparecchiature rivolte alle comunità ed alla sanità, si è impegnata ad offrire un nuovo termodisinfettore automatico ad altissimo livello tecnologico: Perfect PG 8528 che consente una preparazione ottimale degli strumenti e della vetreria di laboratorio attraverso un processo di lavaggio a fondo e di disinfezione a controllo elettronico che esclude errori d'impostazione. La qualità Miele significa anche facilità e sicurezza d'uso, efficienza e gestione economica.

Servizio Informazioni
899-809050
Lunedì - Venerdì ore 9-17

Da rete fissa Telecom 22,93 cent/min +10,33 cent alla risposta; da altre reti rivolgersi al proprio operatore.

www.miele-professional.it
info@miele-professional.it

Miele
PROFESSIONAL

Gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico

Riassunto

Gli IRCCS si presentano, dopo la recente riorganizzazione istituzionale, quali componenti del SSN più competenti a promuovere e a sviluppare produttivamente la interazione tra ricerca e applicazione assistenziale. Negli IRCCS è necessario e giustificato che la Direzione Sanitaria e la Direzione Scientifica armonizzino le competenze e le azioni all'interno dell'ente e possano utilmente rapportarsi con il Ministero della Salute e con le direzioni generali sanitarie delle Regioni, perché l'innovazione non è mai soltanto tecnologica, ma è sempre anche organizzativa-funzionale e spesso istituzionale e programmatoria generale. In particolare, la Direzione sanitaria di IRCCS è tenuta a svilupparsi funzionalmente e organizzativamente in modo differente, per molti aspetti, rispetto a quella di Azienda Ospedaliera e di ASL. A tal fine, la Direzione sanitaria di IRCCS deve dotarsi di una articolazione organizzativa e funzionale interna e di speciali competenze e collaborazioni interne ed esterne all'istituto non solo atte a sostenere l'adozione di nuove tecnologie ma piuttosto ad indirizzarne lo sviluppo, selezionarne le priorità e promuoverne un uso appropriato. Attenzione deve essere rivolta anche ai vari aspetti etici attinenti la pratica della ricerca biomedica e clinica, in particolare alle possibili e ricercate relazioni tra gli IRCCS e l'industria, che presentano sia opportunità che pericoli.

Summary

The Hospitals of Research (IRCCS) appear after the recent institutional reorganization to be an integral part of the National Health System which are the most competent at promoting and developing productively interaction between research and health care.

In the IRCCS it is necessary and justified that the Health Department and the Scientific Department adapt their competencies and their actions within the institute so that they may be useful when referring with the Ministry of Health and with the Regional Health Headquarter's because innovation is never just technological but because it is also organisational and functional since very often ad institution is the main programmer. In particular, the IRCCS Health Department is expected to develop functionally and organizationally in a different way with regards to various aspects in comparison to Hospitals and local public health clinics.

In the end, the Health Department of the IRCCS must provide organizational and functional connections within the institute as well as specific competence and co-operation internally and externally, not just actions that support the adoption of new technologies but that on the other hand work towards the development and the ability to select the best priorities and promote proper use. Care must be taken towards various ethical aspect pertaining to biomedical research and clinical practice, in particular the possibility of establishing relationships between the IRCCS and industry, that offer both opportunity and risks.

M. Triulzi

Direzione Sanitaria, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Neurologico C. Besta

Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (I.R.C.C.S.) sono stati oggetto, recentemente, di riordino istituzionale, organizzativo e gestionale in attuazione del Decreto Legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 (1). Pertanto, è utile rammentare gli aspetti fondamentali del riordino in atto negli IRCCS. Il legislatore ne ha, innanzitutto, ridefinito natura e finalità, come segue.

Gli Istituti di ricovero e cura a ca-

rattere scientifico sono enti a rilevanza nazionale dotati di autonomia e personalità giuridica che, secondo standards di eccellenza, perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.

Ferme restando le funzioni di vigilanza e di controllo spettanti al Ministero della salute, alle Regioni

competono le funzioni legislative e regolamentari connesse alle attività di assistenza e di ricerca svolte dagli IRCCS, da esercitarsi nell'ambito dei principi fondamentali stabiliti dalla normativa vigente in materia di ricerca biomedica e tutela della salute.

È stata poi prevista la trasformazione degli IRCCS in Fondazioni, nel seguente modo.

Su istanza della Regione in cui l'Istituto ha la sede prevalente di attività clinica e di ricerca, con decreto adottato dal Ministero della Salute, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico esistenti alla data di en-

**PAROLE CHIAVE:**

Istituti di ricerca, ricerca sanitaria, ricerca trasferibile, ricerca clinica

KEY WORDS:

Research institutes, epidemiological and managerial research, traslational research, clinical research

trata in vigore della legge 16 gennaio 2003, n. 3, ferma restandone la natura pubblica, possono essere trasformati in Fondazioni di rilievo nazionale aventi le predette finalità, aperte alla partecipazione di soggetti pubblici e privati e sottoposte alla vigilanza del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze. Gli enti trasformati assumono la denominazione di Fondazione IRCCS. Sono enti fondatori il Ministero della salute, la Regione e il Comune in cui l'Istituto da trasformare ha sede effettiva di attività e, quando siano presenti, i soggetti rappresentativi degli interessi originari. Altri enti pubblici e soggetti privati, che condividano gli scopi della fondazione ed intendano contribuire al loro raggiungimento, possono aderire in qualità di partecipanti, purché in assenza di conflitto di interessi.

Circa lo Statuto delle Fondazioni il Decreto Legislativo prevede, tra l'altro, quanto segue.

Il Presidente della Fondazione IRCCS è scelto dal consiglio di amministrazione tra i componenti nominati dal Ministero della salute e dal Presidente della Regione competente.

Lo Statuto delle Fondazioni IRCCS deve disciplinare l'organizzazione e il funzionamento dell'ente, separando le funzioni di indirizzo e verifica, riservate al consiglio di amministrazione, dalle funzioni di gestione, demandate ad un direttore generale, nominato dal consiglio di amministrazione tra soggetti esterni allo stesso e dalle funzioni di direzione scientifica, affidate ad un direttore scientifico, nominato dal Ministero della salute, sentito il Presidente della Regione.

Comunque, ci sono norme di or-

ganizzazione comuni, tantè che è previsto quanto segue.

Le fondazioni IRCCS, così come gli IRCCS non trasformati, informano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenuti al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie per specifiche attività istituzionali. Essi organizzano la propria struttura mediante centri di costo in grado di programmare e rendicontare la gestione economica, amministrativa e delle risorse umane e strumentali.

Quanto alle funzioni di ricerca, di assistenza e di alta formazione, il Decreto prevede quanto segue.

L'attività di ricerca della Fondazione e degli Istituti non trasformati è prevalentemente clinica e traslazionale e si distingue in corrente e finalizzata.

È ricerca corrente l'attività di ricerca scientifica diretta a sviluppare la conoscenza nell'ambito della biomedicina e della sanità pubblica. È ricerca finalizzata l'attività di ricerca scientifica attuata attraverso specifici progetti e diretta al raggiungimento dei particolari e prioritari obiettivi biomedici e sanitari, individuati dal Piano sanitario nazionale.

Le Fondazioni IRCCS e gli Istituti non trasformati attuano misure idonee di collegamento e sinergia con altre strutture di ricerca e di assistenza sanitaria, pubbliche e private, con le Università, con istituti di riabilitazione e con analoghe strutture a decrescente intensità di cura, avvalendosi, in particolare, delle reti di cui all'art. 43 della legge 16 gennaio 2003, n. 3, all'interno delle quali attuare comuni progetti di ricerca, praticare co-

muni protocolli di assistenza, operare la circolazione delle conoscenze e del personale con l'obiettivo di garantire al paziente le migliori condizioni assistenziali e le terapie più avanzate, nonché le ricerche pertinenti.

Al fine di trasferire i risultati della ricerca in ambito industriale e salvaguardando comunque la finalità pubblica della ricerca, le istituzioni e gli enti precitati possono stipulare accordi e convenzioni, costituire e/o partecipare a consorzi, società di persone o di capitali, con soggetti pubblici e privati di cui sia accertata la qualificazione e l'idoneità. In nessun caso eventuali perdite dei consorzi e delle società partecipate possono essere poste a carico della gestione degli enti.

Nell'ambito dei progetti di ricerca sopradetti e senza oneri aggiuntivi, gli enti possono sperimentare nuove modalità di collaborazione con ricercatori medici e non medici, anche attraverso la con titolarità di quote o azioni negli enti e società di cui sopra.

Circa i finanziamenti il Decreto legislativo prevede, tra l'altro, quanto segue.

L'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, è finanziata a prestazione dalla Regione competente per territorio, in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale, nonché sulla base di funzioni concordate con le Regioni.

È fatto divieto di utilizzare e i finanziamenti destinati all'attività di ricerca per fini diversi.

Sul personale è detto, tra l'altro, quanto segue.

Nelle Fondazioni IRCCS il rapporto di lavoro del personale ha natura privistica. Il personale dipendente alla data di trasformazione in Fondazione mantiene, ad esaurimento, il rapporto di lavoro di diritto pubblico e può optare per un contratto di diritto privato entro centottanta giorni dal decreto di trasformazione.

Nelle Fondazioni e negli Istituti non trasformati gli incarichi di direttore generale, direttore scientifico, direttore amministrativo e direttore sanitario sono di natura autonoma, esclusivi e di durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque. Comunque, il riconoscimento del carattere scientifico è soggetto al possesso dei seguenti requisiti:

- a) personalità giuridica di diritto pubblico o di diritto privato;
- b) titolarità dell'autorizzazione e dell'accreditamento sanitari;
- c) economicità ed efficienza dell'organizzazione, qualità delle strutture e livello tecnologico delle attrezzature;
- d) caratteri di eccellenza del livello delle prestazioni e dell'attività sanitaria svolta negli ultimi tre anni;
- e) caratteri di eccellenza della attività di ricerca svolta nell'ultimo triennio relativamente alla specifica disciplina assegnata;
- f) dimostrata capacità di inserirsi in rete con Istituti di ricerca della stessa area di riferimento e di collaborazioni con altri enti pubblici e privati;
- g) dimostrata capacità di attrarre finanziamenti pubblici e privati indipendenti;
- h) certificazione di qualità dei servizi secondo procedure internazionalmente riconosciute.

Infine, il Decreto Legislativo 288, istituisce la Commissione nazionale per la ricerca sanitaria, avente compiti di consulenza e supporto tecnico, già previste da leggi e decreti, circa gli indirizzi per l'attività di ricerca corrente negli IRCCS, e comunque a disposizione del Ministero della Salute per esprimere parere favorevole su questioni in materia di ricerca sanitaria.

Tanto più dopo la riorganizzazione istituzionale di cui s'è detto, gli IRCCS si presentano quali componenti del SSN le più competenti a promuovere e sviluppare produttivamente la interazione tra ricerca e applicazione assistenziale. Ma il processo di trasferimento dell'innovazione dalla ricerca di ba-

se alla ricerca clinica e alla pratica assistenziale non è un processo facile e automatico. Tale trasferimento di conoscenze avviene sia in direzione della pratica clinica sia, viceversa, in direzione della ricerca. Esso è il motore dello sviluppo delle cure mediche e si fonda sulle capacità professionali e su adeguati investimenti.

Nel SSN le norme e i provvedimenti programmatori e finanziari distinguono una ricerca biomedica e una ricerca organizzativa-gestionale dei servizi.

Nella realtà, la innovazione del SSN deriva dalle continue interazioni tra apporti della ricerca biomedica e sviluppo dei processi applicativi dell'assistenza. Quest'ultimo aspetto è, in Italia, forse quello più debole di tutto il processo. Si direbbe che venga privilegiato il momento dell'effettuazione della ricerca mentre la successiva fase dello sviluppo applicativo fosse sempre facile o meno importante. Orbene, tutti hanno percezione della ricerca biomedica ma chi ha percezione della cosiddetta ricerca "sanitaria" cioè organizzativa riguardante i servizi assistenziali? Eppure, si tratta della ricerca "per" il SSN che, tra l'altro, dovrebbe colmare le lacune di attenzione lasciate dalla ricerca (commerciale) quando non ci sono presupposti di incentivi di mercato e dovrebbe evitare una prematura e inappropriata diffusione di prodotti di ricerca di non accertata beneficiabilità e appropriatezza.

Anzitutto gli IRCCS sono chiamati, e perciò dovrebbero riorganizzarsi, a vagliare, perfezionare e rendere utili e applicabili nel SSN, per gli assistiti, i prodotti della ricerca biomedica.

Al proposito, è auspicabile che, soprattutto all'interno della Commissione Nazionale della Ricerca Sanitaria (CNRS), si ricomponga la separazione tra ricerca biomedica e ricerca sanitaria, a vantaggio dell'assistenza fornita dal SSN e si fornisca lo sviluppo di progetti integrati tra IRCCS e reti di servizi re-

gionali. Pertanto, è necessario che gli IRCCS per rispondere adeguatamente al mandato conferito e operare con modalità organizzative funzionali efficaci ed efficienti:

- cooperino tra loro in reti tematiche forti
- cooperino sia con il Ministero che con le Regioni per lo sviluppo del SSN
- tengano collaborazioni internazionali sistematiche

Ai fini di cui sopra, tra l'altro, l'aver previsto la riorganizzazione in Fondazione di ogni singolo IRCCS anziché per reti tematiche nazionali o per reti geografiche certamente non facilita il potenziamento dell'azione generale per il perseguimento degli obiettivi né l'efficienza gestionale.

Anche all'interno degli IRCCS i riflessi del riordino ordinamentale comporta un rinnovamento del modello gestionale e una piena predisposizione alla ricerca e innovazione.

Negli IRCCS è necessario e giustificato che la Direzione Sanitaria e la Direzione Scientifica armonizzino le competenze e le azioni all'interno dell'ente e possano utilmente rapportarsi con il Ministero della Salute e con le direzioni generali sanitarie delle Regioni, perché l'innovazione non è mai soltanto tecnologica ma è sempre anche organizzativa-funzionale e spesso istituzionale e programmatica generale. In particolare, la Direzione sanitaria di IRCCS è tenuta a svilupparsi funzionalmente e organizzativamente in modo differente, per molti aspetti, rispetto a quella di Azienda Ospedaliera e di ASL. Infatti, negli IRCCS mentre è giustificato che il Direttore scientifico abbia gran peso nella definizione delle linee di ricerca d'istituto, negli investimenti strategici e nella scelta di parte dei direttori di struttura interna, contemporaneamente è giustificato che il Direttore sanitario conosca, faciliti e controlli le attività e i mezzi della ricerca clinica e applicata, in tutti i riflessi sui processi assistenziali, sulla farma-

Come per la ricerca di base e come avviene da tempo tra Università e industria, ora anche per la ricerca applicata e tra IRCCS e industria si sviluppano relazioni che presentano intrinsecamente e inscindibilmente sia opportunità che pericoli, per i malati, per la società, per il SSN.

covigilanza, sul comitato etico, sull'organizzazione e sull'edilizia ospedaliera, sulle procedure e i percorsi diagnostico terapeutici, nella formazione del personale e sulla organizzazione dipartimentale, ecc. A tal fine, la Direzione sanitaria di IRCCS deve dotarsi di una articolazione organizzativa e funzionale interna e di speciali competenze e collaborazioni interne ed esterne all'Istituto non solo atte a sostenere l'adozione di nuove tecnologie ma piuttosto ad indirizzarne lo sviluppo, selezionarne le priorità e promuoverne un uso appropriato. Da ultimo, ma non per importanza, al fine di orientare e sviluppare modelli gestionali appropriati e virtuosi, non si può omettere un cenno agli aspetti etici nella pratica della ricerca e dell'innovazione biomedica e sanitaria.

È di tutta evidenza che il trasferimento dei risultati della ricerca biomedica alla pratica clinica e all'assistenza sanitaria possa avere anche ripercussioni di carattere etico che devono essere affrontate con trasparenza, razionalità, approfondimenti e dialogo, senza pregiudizi e strumentalizzazioni, anche perché non sempre è noto o prevedibile l'impatto dei risultati scientifici sull'uomo, la sua natura e la sua coscienza, sulla società o sull'ambiente.

È facile trovare esempi importanti e attuali nei costosissimi nuovi farmaci antitumorali, nelle terapie sperimentali cellulari e genetiche, nella tecnologia di frontiera, ecc. che quando irresponsabilmente dati in pasto alla e dalla comunicazione di massa e utilizzati opportunisticamente o graziosamente fanno

sentire forte il bisogno di avere indicazioni precise da un organo istituzionale, come ad esempio accade nel Regno Unito, che dica tempestivamente e chiaramente se, in quali casi e come sia giustificato, almeno nel SSN, l'impiego clinico della novità.

Non meno delicata e più pericolosa, perché più subdola, è la questione delle sponsorizzazioni della ricerca, delle partecipazioni economiche ai proventi e dei brevetti, tra l'altro: per gli IRCCS previsti, consentiti e incentivati, non meno che per l'Università.

Al proposito, negli ultimi anni si è sviluppato il dibattito su come l'uso dei brevetti da parte delle università possa distogliere gli scienziati accademici dai loro primari obiettivi di insegnamento, produzione e diffusione di conoscenze. Il brevetto, però, è solo un aspetto delle crescenti relazioni tra università e industria e sono proprio queste relazioni che presentano al loro interno grandi potenzialità per la ricerca ma anche notevoli rischi. Così è ormai anche per gli IRCCS più attivi e innovativi. Per non parlare dei conflitti di interessi che possono colpire anche le riviste scientifiche più importanti.

Pretesa e riconosciuta l'importanza degli IRCCS nello sviluppare e applicare i nuovi frutti della ricerca scientifica, non si possono ignorare né trascurare passivamente le possibili e ricercate relazioni tra gli IRCCS, come avviene da tempo per l'Università, e l'industria o impresa che sia. Proprio il fatto che non se ne possa ignorare l'esistenza spinge a conoscerla, studiandola nei dettagli, a evidenziarla,

a regolarla, a sorvegliarla e a indirizzarla appropriatamente e virtuosamente.

Come per la ricerca di base e come avviene da tempo tra Università e industria, ora anche per la ricerca applicata e tra IRCCS e industria si sviluppano relazioni che presentano intrinsecamente e inscindibilmente sia opportunità che pericoli, per i malati, per la società, per il SSN.

Anche perciò è preoccupante sia il ritardo nell'organizzare a rete gli IRCCS dedicati a particolari discipline, come previsto e prescritto quale adempimento del Ministero della Salute dall'articolo 43 della Legge 16 gennaio 2003, n. 3, sia l'aver lo Stato ad istituire gli IRCCS, o meglio: le reti di IRCCS monotematici, quali Istituti Nazionali per la ricerca biomedica e clinica, cioè come guida autorevole del SSN per la validazione e scelta delle cure mediche e della tecnologia e organizzazione sanitaria e per l'alta formazione necessaria al SSN. Anche l'istituto Coordinamento nazionale dei direttori sanitari degli IRCCS è di fatto non utilizzato dal Ministero della Salute nonostante le ripetute manifestazioni di disponibilità e le proposte trasmesse su vari adempimenti e necessità, d'ordine organizzativo-funzionale-gestionale, degli IRCCS e del SSN.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

In un contesto non di mercato, qual è il SSN e, in larga misura, la sanità dei Paesi Europei, le decisioni e i finanziamenti del governo nazionale o regionale possono e debbono perseguire lo sviluppo sostenibile dell'offerta sanitaria, tra l'altro promuovendo la ricerca nei settori trascurati dal mercato e inducendo un'innovazione assistenziale autenticamente benefica, appropriata, sostenibile. A tal fine, il primo livello d'intervento è politico, programmatico generale e dei finanziamenti. Di conseguenza, è atteso che i Servizi Sanitari

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"

Sygentik

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

Sygentplus

Nebulizzatori in inox o in plastica per la disinfezione della mani



Visita il sito 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

NUMERO VERDE
800 979037



Regionali e gli IRCCS affrontino il rispettivo impegno con provvedimenti organizzativi e gestionali, anche interni ai singoli enti, direttamente ed efficacemente funzionali alle finalità di cui trattasi.

Come affermato da Mario Del Vecchio (7): "...il problema della innovazione (in sanità) appare strettamente connesso alla distribuzione effettiva dei rischi dell'innovazione tra i diversi soggetti e livelli decisionali nel sistema sanitario (l'unità operativa, l'azienda sanitaria e la Regione-finanziatore). I rischi dell'innovazione si declinano differenzialmente per ciascuno di questi soggetti: a livello operativo il rischio è legato soprattutto al governo del percorso diagnostico e terapeutico dell'utente e al confronto con il dipartimento per il finanziamento e l'allocatione delle risorse comuni. Nella prospettiva dell'azienda sanitaria è invece necessario bilanciare efficacemente l'equilibrio economico-finanziario, con investimenti in grado di preservare il livello di innovazione coerentemente con le aspettative dei diversi portatori di interesse istituzionali. A livello della Regione, infine, il rischio dell'innovazione si esprime soprattutto in termini economico-finanziari, ovvero come sostenibilità complessiva nei confronti del vincolo di risorse esistente in grado tuttavia di preservare spazi di innovazione adeguati rispetto alla gestione corrente.

Appare quindi lecito chiedersi quali strumenti possano supportare la realizzazione di una funzione di governo sistematico ed efficace dell'innovazione nel settore sanitario nell'ambito del quadro ora disegnato. Senza pretendere di avanzare ricette semplici, la soluzione deve passare innanzitutto dalla ridefinizione delle convenienze e delle responsabilità di tutti gli attori coinvolti nel sistema di offerta, ivi inclusa l'industria dei fornitori. La ridistribuzione dei rischi complessivi dell'innovazione, oggi sostenuta in molti casi solo da alcuni attori del sistema sanitario (da individuare caso per caso), garantirebbe un'allocatione più in linea alle indicazioni di costo-efficacia delle risorse disponibili e, in generale, processi di adozione e utilizzo

più appropriati. Per raggiungere questo obiettivo un'ulteriore condizione è senz'altro favorire la partecipazione dei clinici e il loro coinvolgimento nei processi decisionali che vertono sull'innovazione. Appare inoltre necessario investire soprattutto a livello del decisore regionale per disegnare nuovi sistemi di regole di finanziamento e incentivazione dell'innovazione e per promuovere incubatori dell'innovazione, anche con il coordinamento tra più Regioni. In ogni caso, è indubbio che sia necessario muovere al più presto verso azioni concrete in assenza delle quali non può che perpetuarsi l'attuale modello di non governo dell'innovazione e incrementalismo decisionale.

Bibliografia

1. Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della Legge 16 gennaio 2003, n.3" - Su Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale - n. 250, 27 ottobre 2003.
2. Decreto Ministeriale 17 dicembre 2004 "Sperimentazione no profit per il miglioramento della pratica clinica quale parte integrante della assistenza sanitaria", in Gazzetta Ufficiale della R.I. n. 43 del 22 febbraio 2005.
3. Liberati A., "La ricerca e l'innovazione clinica ed organizzativa nel Servizio Sanitario Nazionale", in Rapporto Sanità 2006. Fondazione Smith Kline.
4. Berwick D.M. "Disseminating innovations in health care", in JAMA, n. 289, pp 1969-1975, 2003.
5. Angell M., "Is academic medicine for sale?", in New England Journal of Medicine, n. 242, pp 1516-1518, 2000.
6. Gelijns A.C.. Their S.O., "Medical Innovation and Institutional Interdependence: Rethinking University-Industry Connection", in JAMA, n. 287, pp 71-77' 2002.
7. Del Vecchio M. "Per generare l'innovazione nel settore sanitario serve una ridistribuzione di rischi e responsabilità", in Il Sole 24 ore - Sanità, n. 42, pp 6 e 7, 27 ottobre 2006.

**La qualità dell'aria che respiriamo
dipende dalla pulizia delle condotte aerauliche
dell'impianto di climatizzazione...**

www.pubbliemme-adv.it

**Controllarne lo stato di salute è un vostro compito.
Offrire la terapia adeguata è il nostro impegno.**

 **RENOVA**[®]
AIR DUCT RENEWAL SYSTEM

Respirare sano specialmente in ambienti come ospedali, case di cura e di riposo è indispensabile. RENOVA, sensibile a questo problema, si propone come "specialista ideale" forte del suo sistema "Air Duct Renewal System", rivoluzionario ed unico, brevettato e certificato, pensato appositamente per la pulizia e la sanificazione delle condotte di distribuzione dell'aria

che, se non opportunamente bonificate, diverrebbero pericolose sorgenti e veicoli di polveri, batteri, funghi e muffe nocivi alla salute dell'uomo.

ADRS è un sistema ambizioso che coinvolge la professionalità di quanti sono preposti alla manutenzione o che hanno responsabilità del corretto funzionamento degli impianti di condizionamento.

ADRS prevede un corso di formazione di base sulle procedure di intervento. **Destinato agli addetti alla pulizia ed alla manutenzione degli impianti** per garantire la condizione di massima sicurezza operativa e conoscere in modo ottimale il trattamento di rigenerazione in ogni sua fase. Per informazioni più dettagliate visitate il nostro sito.

 **RENOVA**[®]
un soffio di tecnologia "pura"

Tel. 049 93.30.479 - info@renovaitaly.com - www.renovaitaly.com



La direzione sanitaria nella progettazione ospedaliera

Riassunto

Con il passare del tempo, l'ospedale è diventata una struttura sempre più complessa, tecnologicamente avanzata, con l'esigenza di continua implementazione di nuovi modelli assistenziali e di adeguamento strutturale e la necessità di acquisizione di moderne tecnologie. Per la progettazione delle strutture ospedaliere occorrono igienisti con esperienza di direzione sanitaria ospedaliera. E' necessario che venga di nuovo prescritto che per la realizzazione di nuove strutture ospedaliere sia obbligatorio il coinvolgimento in tutte le fasi progettuali dell'igienista dotato di specifica esperienza.

Summary

As the time passes, hospital structures have become more and more complex, technologically advanced, with the need of a continuous implementation of new welfare models and of structural adequacy, along with the need of the acquisition of modern technology. As regards hospital designing, hygienists with experience in Hospital Management are needed.

It is imperative to emphasize the need to involve highly experienced hygienists in all the planning stages of the realization of new hospital structures.

F. Longanella, Direzione Sanitaria Clinica Mediterranea
W. Longanella, Direzione Sanitaria P.O. "Loreto Mare" - A.S.L. Napoli 1

PREMESSA

Nel Medioevo, grazie alla generosità dei "Signori" locali in molte città italiane furono realizzate strutture di ricovero che possiamo considerare prototipi di ospedale.

Molte di esse svolgono tuttora la propria funzione, anche se sono state radicalmente ristrutturare e, ahimé, a volte non in modo da garantire i requisiti minimi previsti dalle vigenti leggi nazionali e regionali. Soltanto nella seconda metà del XIX secolo le strutture di ricovero sono da considerarsi realizzate secondo valide norme di Igiene e Tecnica Ospedaliera (Fig. 1). La Tecnica ospedaliera acquisisce, quindi, la dignità di vera e propria "disciplina autonoma nel campo delle scienze mediche applicate", e condiziona la realizzazione della progettazione e della costruzione degli ospedali.

Questa evoluzione è stata certamente influenzata dalle coeve sco-



Fig. 1

perle batteriologiche ed immunologiche, che hanno condizionato non solo i progettisti ed i costruttori degli ospedali, ma anche i responsabili dell'organizzazione dei servizi ospedalieri, ed hanno suggerito il coinvolgimento dei medici igienisti alla progettazione e costruzione degli ospedali.

Con il passare del tempo (Fig. 2), l'ospedale è diventato una struttura sempre più complessa, tecnologicamente avanzata, con un numero elevato di operatori con

OSPEDALE

struttura sempre più complessa tecnologicamente avanzata con operatori di svariate professionalità con esigenze di continua attenzione:

- alle evoluzioni dei modelli assistenziali
- alle esigenze di adeguamento strutturale e di tecnologie
- con la crescente esigenza di**
- * implementare nuove attività specialistiche
- * acquisire nuove professionalità
- * porre attenzione all'economia di gestione

Fig. 2

professionalità diverse fra loro, con l'esigenza di continua attenzione alle evoluzioni assistenziali e di adeguamento strutturale e tecnologico, con la crescente esigenza di implementare nuove attività specialistiche per acquisire nuove professionalità, con la necessità di porre attenzione alla economia di gestione a causa della scarsità delle risorse messe a disposizione per l'assistenza.



PAROLE CHIAVE: Direzione Sanitaria, progettazione ospedaliera, competenza professionale

KEY WORDS: Health management, hospital designing, profession competence.

Funzionalità e gestione oculata delle risorse

condizionate essenzialmente da

- struttura
- percorsi
- conoscenza flussi interni ed esterni di persone e cose
- aggregazioni aree omogenee
- dipartimenti
- nuovi modelli organizzativo-assistenziali, ecc.

Fig. 3

Poiché la funzionalità dell'ospedale e la relativa gestione oculata (Fig. 3) sono direttamente dipendenti dalla struttura, dai suoi percorsi, dalla aggregazione delle specialità di degenza e di servizi, dalla conoscenza dei flussi interni ed esterni di persone e cose, ecc., è necessario che sin dall'idea progettuale siano coinvolte le figure professionali più capaci di realizzare soluzioni strutturali ideali in rapporto alla destinazione d'uso. A rafforzare tale tesi nel XX secolo, e precisamente con il R.D. n° 1631 del 30 settembre del 1938, veniva istituita la figura del Direttore Sanitario con attribuzioni di mero carattere igienistico e del buon governo dell'ospedale. Poiché ogni ospedale ha una differente mission da realizzare rispetto agli altri, a seconda delle specialità che deve accogliere, del numero di posti letto, dei modelli organizzativo-assistenziali, del contesto in cui è realizzato in termini ambientali e architettonici, dei rapporti da instaurare con le altre strutture assistenziali del territorio, delle disponibilità finanziarie a disposizione, è necessario che l'equipe progettuale sia costituita anche da uno o più sanitari.

D.C.G. del 20 luglio 1939

“istruzioni per la progettazione ospedaliera”

relazione tecnico-sanitaria redatta da ingegnere

Fig. 4

Con il DCG del 20 luglio 1939 (Fig. 4), che detta “le istruzioni per la progettazione ospedaliera”, veniva così stabilito opportunamente e a chiare lettere che la progettazione delle strutture di ricovero doveva provvedere una stretta collaborazione tra progettisti e sanitari esperti in materia, che “deve chiudersi con una relazione tecnico-sanitaria redatta da ingegnere progettista e da medico esperto di igiene ospedaliera”.

L. n° 132 del 12 febbraio 1968, art. 19:

“... gli ospedali, oltre a soddisfare le esigenze dell'igiene e tecnica ospedaliera ...”

**=
obbligo di applicazione contestuale di igiene e tecnica ospedaliera**

Fig. 5

Con la L. n° 132 del 12 febbraio 1968 (Fig. 5), cosiddetta Legge Mariotti, all'articolo 19 si chiarisce in modo ancora più esplicito che gli ospedali devono soddisfare le esigenze dell'Igiene e della Tecnica Ospedaliera, per cui devono essere realizzati da professionisti capaci di applicare le norme e le tecniche che garantiscano un prodotto di ottima qualità e coerente in ogni parte con la sua destinazione d'uso.

L'Igiene e la Tecnica Ospedaliera diventano necessariamente le discipline che condizionano in modo pregnante la realizzazione di una struttura ospedaliera dall'idea progettuale alla sua realizzazione e alla sua gestione.

IGIENE

Scienza medica che si preoccupa non solo di mantenere la salute del cittadino ma anzi di migliorarla dal punto di vista non solo fisico e psichico, ma anche sociale e, secondo alcuni, economico.

Fig. 6

Per igiene si intende (Fig. 6) quella scienza medica che si preoccupa di mantenere la salute del cittadino ed anzi, secondo le definizioni più attuali, di migliorare le condizioni di salute del cittadino da un punto di vista non solo fisico e psichico, ma anche sociale e secondo alcuni economico.

TECNICA OSPEDALIERA

insieme di provvedimenti e di atti che si compiono nella direzione dell'attività ospedaliera per salvaguardare il benessere del paziente, quello degli operatori, quello dei visitatori, utilizzando tutti quei supporti strutturali, tecnologici, impiantistici, organizzativi e così via che rendono efficiente, efficace, giustamente economica e sicura l'attività di una struttura ospedaliera. (prof. B. Angelillo)

Fig. 7

Secondo una definizione tuttora molto valida del compianto maestro, prof. B. Angelillo (Fig. 7), per tecnica ospedaliera si intende l'insieme di provvedimenti e di atti che si compiono nell'attività ospedaliera per salvaguardare il benessere del paziente, quello degli ope-

ratori, quello dei visitatori, utilizzando tutti quei supporti strutturali, tecnologici, impiantistici, organizzativi e così via che rendono efficiente, efficace, economica e sicura l'attività di una struttura ospedaliera.

CONTENUTI

Il professionista che nel suo percorso formativo acquisisce maggiori conoscenze delle problematiche suddette è l'igienista.

Nei corsi di formazione di igiene oltre alla basilare preparazione in tema di igiene generale, di epidemiologia, prevenzione, malattie infettive e statistica, si approfondiscono adeguatamente le problematiche relative all'economia sanitaria, alle soluzioni architettoniche e strutturali degli ospedali e delle strutture sanitarie in genere, agli standards minimi in termini di strutture, attrezzature, personale e organizzazione di ogni attività sanitaria, alla medicina del lavoro, alle problematiche assistenziali relative alle immigrazioni, alla prevenzione delle infezioni nosocomiali, alla ricerca delle soluzioni strutturali semplici e funzionali anche in rapporto alle disponibilità finanziarie, ecc.

L'igienista è, quindi, il medico più idoneo a far parte dell'equipe di progettisti, a suggerire le aggregazioni di unità operative per renderle facilmente collegabili fra loro evitando improprie commistioni di percorsi, a vigilare affinché si rispettino le indicazioni igienistiche, a proporre soluzioni aggiornate alle più moderne esigenze di umanizzazione, privacy ed efficienza, alla gestione e prevenzione del Rischio Clinico, a garantire l'appropriatezza dell'assistenza.

La specializzazione in igiene è fondamentale, ma - a seconda della tipologia della struttura sanitaria da realizzare - occorrono anche le necessarie esperienze specifiche.

Per cui, per la progettazione di una struttura complessa, quale è quella ospedaliera, occorrono igienisti

con esperienza di direzione sanitaria ospedaliera (Fig. 8).

D'altronde, il medico di direzione sanitaria è abituato a guardare all'ospedale nel suo complesso ed è svincolato dalle esigenze specifiche delle varie specialità.

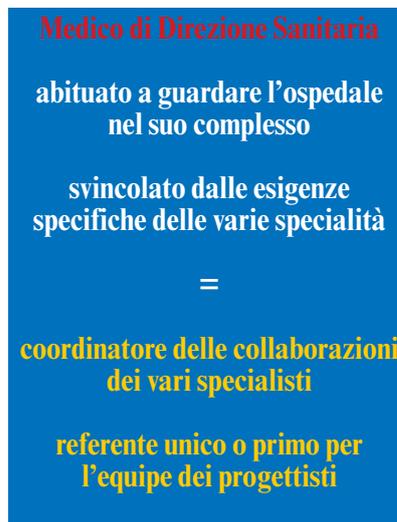


Fig. 8

Anche esperti in altre discipline possono comunque apportare il loro contributo alla definizione delle esigenze strutturali in rapporto all'evoluzione tecnologica e assistenziale; ma il coinvolgimento di tutti sarebbe improponibile e inefficace, per cui il medico di direzione sanitaria avvalendosi della collaborazione degli altri specialisti deve essere il referente unico o primo del progettista. Se il D.C.G. del 20 luglio 1939 prevedeva che il progetto di massima per la costruzione di un ospedale dovesse contenere una relazione tecnico-sanitaria firmata dall'ingegnere progettista e da un medico esperto di igiene ospedaliera, la Legge n° 492 del 4 dicembre 1993 ha abolito tale decreto, rendendo non più obbligatorio il coinvolgimento di un igienista nella progettazione ospedaliera (Fig. 9). Pertanto si è determinata una "vacatio legis" tuttora non colmata in



Fig. 9

materia di progettazione di strutture ospedaliere.

Ancor oggi, tuttavia, alcune volte le gare per l'affidamento delle progettazioni vengono bandite prevedendo la figura di un igienista con esperienza di direzione sanitaria nell'equipe progettuale e, a volte, il curriculum di questi concorre all'acquisizione di punteggio determinante per l'assegnazione dell'incarico. Altre volte, inoltre, è la stessa equipe di progettisti composta da varie professionalità tecniche (ingegneri, architetti, strutturalisti, informatici, etc.), a chiamare a collaborare i medici di direzione sanitaria sin dall'inizio del proprio lavoro e fino al collaudo dell'opera. Troppo spesso, però, le équipes di progettisti "onniscienti" fanno a meno di tale consulenza.

Come per altri settori, anche nell'edilizia ospedaliera, nelle varie realtà della nostra nazione c'è una diversità di vedute "a macchia di leopardo", perché manca una normativa specifica ed esaustiva.

Il vuoto legislativo riguarda non solo l'equipe di progettisti, ma anche le norme per la realizzazione dell'opera in ogni sua parte, fin dalla scelta del suolo.

È nata così una legislazione particolare che ha normato nel tempo vari aspetti specifici (degenti per pazienti HIV positivi, laboratori analisi, centri trasfusionali, etc.); è intervenuto il D.P.R. n° 37 del 14 gennaio 1997 che ha indicato i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie, pur senza dare risposte esaustive a tutte le domande che in progettista deve porsi e risolvere nella elaborazione di un progetto complesso e sempre nuovo per ogni ospedale; sono infine intervenute le norme regionali che hanno applicato in modo variegato il suddetto D.P.R. 37/97: manca però ancora molto.

Chiunque si interessa di progettazione ospedaliera o di progettazione sanitaria in genere avverte sempre più l'esigenza di un Testo Unico in merito (Fig. 10).

Fig. 9

Necessario

TESTO UNICO

per la normativa sulle
progettazioni ospedaliere

Fig. 10

Ciò sembra valere solo per gli ospedali pubblici, perché per le case di cura private c'è una normativa specifica, che prevede tuttora il coinvolgimento del medico di direzione sanitaria nell'equipe di progettisti (Fig. 11).

Per l'edilizia delle Case di Cura private

normativa specifica

tuttora prevista la figura del
consulente sanitario

(D.P.C.M. 27 giugno 1986: ... I progetti devono essere corredati di una relazione tecnico-sanitaria a firma del progettista e di un medico competente in igiene e tecnica ospedaliera)

Fig. 11

Infatti, l'art. 4 del Decreto Ministeriale del 5 agosto 1977 prevede che "...Il progetto deve, inoltre, essere corredato da una relazione tecnico-sanitaria, redatta dal progettista e da un medico esperto in igiene e tecnica ospedaliera" e il D.P.C.M. del 27 giugno 1986 afferma che "... i progetti devono essere corredati di una relazione tecnico-sanitaria a firma del progettista e di un medico competente in igiene e tecnica ospedaliera".

Leggendo la normativa che regola la progettazione dell'edilizia civile abbiamo qualche ulteriore indicazione sulla opportunità che la progettazione, sin dallo studio di fattibilità, coinvolga operatori esperti delle funzioni che si andranno a svolgere nella struttura da realizzare.

Il decreto n° 321 del 29 agosto 1989, che regola i programmi degli interventi di edilizia sanitaria ex art. 20 legge n° 67/1988, indica che lo "Studio di fattibilità" deve individuare soluzioni ottimali finalizzate a soddisfare i bisogni per cui l'opera viene realizzata. Per Studio di Fattibilità si intende la "definizione dei contenuti funzionali e delle soluzioni spaziali delle singole opere, raccordate ai bisogni da soddisfare e finalizzate all'accrescimento dell'efficienza della struttura" (Fig. 12).

STUDIO DI FATTIBILITÀ

... definizione dei contenuti funzionali e delle soluzioni spaziali delle singole opere, raccordate ai bisogni da soddisfare e finalizzate all'accrescimento della efficienza della struttura

Fig. 12

Secondo Cesare Catananti (Fig. 13) lo Studio di Fattibilità è "l'antecedente logico alla progettazione vera e propria ed espressione del concorso di competenze multidisciplinari".

Studio di Fattibilità
=
antecedente logico
alla progettazione vera e propria
ed
espressione del concorso di
competenze multidisciplinari

C. Catananti

Fig. 13

CONCLUSIONI

Il mancato coinvolgimento di specifiche professionalità per la progettazione e la ristrutturazione

degli ospedali, e fra queste della figura del medico igienista esperto di direzione sanitaria, ha permesso - secondo Karl Kob et Al. - la realizzazione di opere onerose e di discutibile utilità (Fig. 14).

A causa dell'assenza di specifiche professionalità, per la progettazione e ristrutturazione di ospedali sono state realizzate opere onerose di discutibile utilità

Karl Kob et Al.

Fig. 14

L'interesse generale, l'esigenza di evitare sprechi e di realizzare opere qualitativamente all'altezza dei tempi impongono che, per la realizzazione di nuove strutture sanitarie e in particolare delle strutture ospedaliere, o per la loro ristrutturazione o ampliamento, sia obbligatorio il coinvolgimento in tutte le fasi progettuali dell'igienista dotato di specifica esperienza (Fig. 15).

AUSPICIO**Legge Nazionale**

che reintroduca l'obbligo del coinvolgimento del medico esperto di direzione sanitaria nella progettazione degli ospedali e dell'igienista in genere nella progettazione delle strutture sanitarie

Fig. 15

Il nostro auspicio è che una legge nazionale reintroduca l'obbligo del coinvolgimento del medico esperto di igiene e tecnica ospedaliera nella progettazione di ospedali e dell'igienista in genere nella progettazione delle strutture sanitarie.

Bibliografia

* Oliviero G. - "La progettazione di strutture ospedaliere" - *Tecnica Ospedaliera*, n° 10 ottobre 1991, pagg. 98-106

* Boccadoro S. - "L'organizzazione in aree funzionali omogenee e l'attività di tipo dipartimentale del nuovo ordinamento ospedaliero" - *Organizzazione Sanitaria* - 1997 - (21) 49-60 - n. 3-4

* Masi M. - "La qualità nella progettazione ospedaliera" - *Convegno "Dalle machine à guerir alla Architettura in Ospedale"* - Grosseto, 19-20 giugno 1997

* Boccadoro S. - "Revisione dei criteri progettuali in relazione al nuovo ordinamento istituzionale degli ospedali italiani" - *Progettare per la Sanità* n. 44, marzo/aprile 1998 - pag. 52

* Bracci Oddi Baglioni ed altri - "Verso il nuovo ospedale: architettura, tecnologia, organizzazione, gestione" - *Progettare per la Sanità* - n. 55 gennaio/febbraio 2000 - pag. 32

* Silvio M., Valter Neri - "Il ruolo della consulenza sanitaria nella progettazione ospedaliera" - *Progettare per la Sanità* - n. 64 Luglio/Agosto 2001, pag. 40

* Cambieri A., Catananti C. - "Igiene e Tecnica Ospedaliera" - *Il Pensiero Scientifico Editore* - Roma '90

* Oliviero G. - "La progettazione di strutture ospedaliere; dalla definizione delle funzioni alla scelta delle tipologie" - *Tecnica Ospedaliera*, n. 10, pagg. 98-106 - '91

* Neri W., Rabino F., Renieri A. - "Progettazione o ristrutturazione di edifici ospedalieri" - n. 6, pagg. 61-65 - *Tec*

* Somarè S. - "Tra miti e realtà - Progettazione edilizia" - *Tecnica Ospedaliera* n. 5 maggio 2006, pagg. 48-54

www.giavazzi.it

BARELLA DOCCIA

PROMOZIONE:

per prenotazione

entro il

31/10/2007

Euro **2.590,00**

IVA ESCLUSA



Luna



Scegli il meglio
per la tua mobilità

VIA AEREA CON

Luna ■

VIA TERRA CON

Pallas 2000 ■

Olympus 2004 ■

Sole ■

Pallas 2000

Olympus 2004

Sole



via Della Liberazione, 71 - 20068 Peschiera Borromeo (MI) Italy

Tel. +39 0255305417 r.a. - Fax +39 0255305138 r.a.

e-mail: giavazzi@giavazzi.it



Imaging radiologico digitale

Soluzioni progettate per tutte le applicazioni



UP-DF550

Pellicola diagnostica a gradazioni di grigio



UP-DF500

Pellicola diagnostica a gradazioni di grigio



UP-D74XRD
UP-D72XR

Pellicola /carta a gradazioni di grigio



UP-D77MD

Carta a colori

Ogni esperto di radiologia pretende i prodotti migliori per la cura dei propri pazienti. Le stampanti radiologiche digitali Sony di ultima generazione sono più compatte e veloci dei dispositivi all-in-one e offrono prestazioni ottimali, massima versatilità e risparmio sui costi.

Progettate per soddisfare le esigenze dei medici specialisti, queste stampanti personalizzate offrono la massima qualità delle immagini e una connettività eccezionale, ottimizzando lo spazio e riducendo gli sprechi. Grazie alle dimensioni ultra compatte, possono essere installate ovunque, garantendo la massima convenienza.

Tutte le stampanti radiologiche digitali Sony adottano il processo di stampa a tecnologia termica digitale diretta, evitando di ricorrere alla manutenzione complessa dei componenti ottici. Questo offre agli utenti un vantaggio economico notevole, consentendo di pagare solo ciò che viene effettivamente utilizzato, riducendo al minimo i costi di investimento e di funzionamento.

SONY

SONY
Specialist Dealer

Dall'appropriatezza clinica all'appropriatezza organizzativa

Riassunto

Gli autori descrivono le dimensioni dell'appropriatezza nel sistema sanitario e le esperienze di valutazione e miglioramento sviluppate negli Ospedali della Regione Piemonte. Viene anche analizzato il ruolo della direzione sanitaria.

Summary

The authors describe the appropriateness dimensions in health care system and the experiences of evaluation and improvement developed in the hospitals of Piedmont Region. The role of hospital management is also analyzed.

F. Casassa, Direzione Sanitaria di Azienda - **ASL 8 Chieri**, Regione Piemonte
F. Ripa, Direzione Medica S.C. Controllo di Gestione - **ASL 9 Ivrea**, Regione Piemonte
G. Messori Ioli, Direzione Sanitaria Ospedale di Chieri - **ASL 8 Chieri**

INTRODUZIONE

La risposta delle Aziende Sanitarie ai bisogni di salute e alla domanda dei cittadini si rende concreta in primo luogo attraverso una impostazione diagnostica terapeutica il più possibile evidence-based, coerente ed opportuna in quel paziente specifico. In seconda battuta è necessario che la modalità di offerta (il ricovero ordinario, il ricovero in day hospital, il day service, l'ambulatorio, la gamma dei servizi territoriali...), sia il più possibile modulata dal punto di vista delle risorse utilizzate.

In generale un intervento sanitario è appropriato:

- sotto il profilo professionale se è di efficacia provata, prescritto solo per le indicazioni per cui l'efficacia è accertata, con effetti sfavorevoli minimi rispetto ai benefici
- sotto il profilo organizzativo se viene erogato in condizioni tali da consumare una quantità coerente di risorse (setting assistenziale e professionisti coinvolti).

Ne consegue che l'appropriatezza si traduce in alcuni contenuti di riferimento:

- health intervention (intervento

- giusto al paziente giusto)
- timing (al momento giusto e per il tempo giusto)
- setting (nel posto giusto)
- professional (dal professionista giusto).

In tal senso l'appropriatezza è un ambito molto sentito e spesso critico sia in chiave di programmazione sanitaria sia per quanto riguarda le attività del singolo professionista, soprattutto quando si vengono ad intrecciare momenti assistenziali diversificati nel percorso del paziente.

Gli stessi programmi di valutazione e di miglioramento dell'appropriatezza sviluppati nelle Aziende Sanitarie in alcuni casi risultano solo formali e non sempre adeguatamente strutturati e in grado di creare i presupposti per un reale miglioramento del sistema.

Indicatore	Media Italia	Min. Reg.	Max Reg.	Var. (max/min)
Tasso osped. per 1.000 ab.	222	176	275	1,56
% PL DH su PL tot.	12,07	8,03	17,00	2,12
Num. accessi in PS per 1.000 ab.	389	224	515	2,30
% ric da PS su accessi in PS	18,4	11,3	37,5	3,32

Tabella 1. Variabilità di ricorso alla struttura ospedaliera in Italia (anno 2004)

**PAROLE CHIAVE:**

Appropriatezza, valutazione, miglioramento

KEY WORDS:*Appropriateness, evaluation, improvement*

LA VARIABILITÀ DEI RICOVERI E DELLE PRESTAZIONI

E' noto peraltro come esista una ampia variabilità nell'offerta dei servizi sanitari, spesso oggetto di analisi e di discussione e non sempre motivabile dal punto di vista puramente epidemiologico.

Nella tabella 1 sono presentati a titolo esemplificativo, alcuni indicatori di carattere generale relativi all'utilizzo della struttura ospedaliera nelle diverse Regioni italiane, che evidenziano una situazione alquanto diversificata e comunque da approfondire. I dati sono riferiti all'anno 2004. Se viene considerata la situazione relativa alla Regione Piemonte per due indicatori come il tasso di ospedalizzazione e il consumo di prestazioni si possono generare utili spunti di discussione.

La tabella 2 mette in evidenza come il tasso di ospedalizzazione generale nella Regione Piemonte sia stato nel corso del 2006 soggetto ad ampia variazione tra le diverse ASL. Analogamente nella tabella 3 viene presentato il consumo medio di prestazioni per abitante della Regione Piemonte registrato nel corso dell'anno 2006, che mostra anch'esso significative differenze tra le ASL di riferimento.

I dati sopraesposti relativi alla Regione Piemonte sono ulteriormente sintetizzati nella tabella 4, con la definizione degli specifici livelli di variazione per gli indicatori in studio, che pur essendo di carattere molto generale risultano comunque degni di approfondimento. Va comunque detto che la variabilità nel consumo di prestazioni è anche in parte spiegabile con alcune difficoltà nella consuntivazione delle

stesse da parte dei sistemi informativi aziendali.

Ovviamente questi dati non stanno necessariamente a significare nelle singole realtà situazioni di maggiore o minore appropriatezza, ma almeno lasciano aperta la possibilità che esistano approcci diversi di gestione dei pazienti di ordine professionale ed organizzativo, che devono essere comunque studiati e sottoposti ad un sistema coerente di valutazione e miglioramento per essere compiutamente integrati verso le migliori pratiche. Altresì suggeriscono la necessità di definire standard minimi di livelli prestazionali al di sotto dei quali è presumibile che non venga rispettato il livello assistenziale di riferimento e al tempo stesso soglie al di sopra delle quali si possa concretamente parlare di iperconsumo a scarso valore aggiunto in termini di salute per il singolo e per la collettività.

METODOLOGIE DI VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO

Le metodologie di valutazione dell'appropriatezza organizzativa possono essere basate sulla verifica analitica delle cartelle cliniche, come nel caso del PRUO utilizzato come strumento elettivo per il ricovero ordinario ma anche impiegato in versione modificata per il day hospital; in alternativa sono utilizzabili supporti statistici, in grado di analizzare rapidamente la casistica trattata attraverso il classico sistema DRG o il sistema APR-DRG che permette di cogliere informazioni anche della gravità dei ricoveri.

Il PRUO classifica come appro-

ASL	Ric.	Abit.	T.O. per mille
A	40.576	185.595	219
B	55.467	256.800	216
C	23.733	114.578	207
D	29.122	141.936	205
E	34.990	172.371	203
F	35.561	175.397	203
G	65.263	331.409	197
H	37.062	193.124	192
I	38.642	201.415	192
L	16.593	86.592	192
M	33.989	177.447	192
N	40.794	216.560	188
O	28.792	156.262	184
P	32.747	178.732	183
Q	29.623	162.894	182
R	51.505	293.308	176
S	64.888	372.677	174
T	41.049	235.858	174
U	28.221	164.361	172
V	33.132	193.202	171
X	31.324	188.172	166
Y	21.488	131.569	163
TOT.	814.561	4.330.259	188

Tabella 2. Variabilità del tasso di ospedalizzazione per mille abitanti tra le diverse ASL nella Regione Piemonte (anno 2006)

priate la giornata di ammissione e le singole giornate di degenza sulla base dell'adesione a criteri espliciti, verificabili attraverso l'analisi della documentazione clinica routinariamente disponibile, in particolare della cartella clinica.

Il PRUO è stato utilizzato nella Regione Piemonte dal 1999 con l'obiettivo di dotare l'amministrazione regionale di standard di valutazione e di metodologie di analisi accreditate, fornire a tutte le aziende gli strumenti per analizzare il proprio livello di appropriatezza e i motivi eventualmente responsabili di inefficienze organizzative, favorire una riduzione dei ricoveri ospedalieri ed interventi organizzativi interni ed esterni alle strutture ospedaliere. Attualmente non viene più utilizzato in modo sistematico dalle Aziende della Regio-

ASL	Prest.	Abit.	Prest. ab.
A	6.486.781	256.800	25
B	5.383.812	216.560	25
C	3.729.889	193.124	19
D	7.147.249	372.677	19
E	4.398.715	235.858	19
F	6.026.572	331.409	18
G	3.222.893	177.447	18
H	2.924.058	162.894	18
I	2.476.771	141.936	17
L	3.258.762	188.172	17
M	4.951.894	293.308	17
N	3.395.982	201.415	17
O	3.209.015	193.202	17
P	1.862.736	114.578	16
Q	2.847.870	175.397	16
R	2.994.712	185.595	16
S	2.716.176	178.732	15
T	2.435.671	164.361	15
U	2.440.511	172.371	14
V	1.857.728	131.569	14
X	2.183.211	156.262	14
Y	1.087.517	86.592	13
TOT.	77.038.525	4.330.259	18

Tabella 3. Variabilità del consumo di prestazioni tra le diverse ASL nella Regione Piemonte (anno 2006)

proprio o per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione. In tale ambito uno dei casi più eclatanti di miglioramento dell'appropriatezza organizzativa registrato in Piemonte è rappresentato dagli interventi di cataratta (DRG 039), come evidenziato nella tabella 5 ove è riportata l'evoluzione tra l'anno 2001 e l'anno 2006. Un riferimento specifico merita l'attività ambulatoriale, oggi da configurare sempre più come una vera tecnologia alternativa al ricovero, ma a minor livello di costi psicologici per l'utente, sociali per la comunità e aziendali per gli erogatori. In questa nuova ottica, particolare importanza assume l'attività di day service, sistema di attività ambulatoriale per situazioni che presentano un certo grado di complessità clinica ma non tali da necessitare della gestione in regime di ricovero. I vantaggi attesi sono rappresentati dalla riduzione dei DH inappropriati, dalla riduzione del tasso di ospedalizzazione e dall'ottimizzazione dell'assistenza al paziente ambulatoriale. Precedenti azioni effettuate nelle Aziende Sanitarie della Regione Pie-

presentare un utile strumento per il monitoraggio, la verifica e il confronto sull'attività ambulatoriale in una prospettiva non solo amministrativa ma anche epidemiologica e per lo sviluppo dell'interesse e del lavoro di ricerca attorno ad un'area di attività sempre più importante. Un discorso ulteriore merita l'appropriatezza clinica, che rappresenta l'ambito per certi versi più critico e la vera sfida per le Aziende. La ricerca esplicita di linee guida di buona qualità e la loro contestualizzazione nei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali è stata oggetto in Piemonte di diverse esperienze aziendali, anche sulla spinta del sistema di accreditamento istituzionale regionale. In tal senso le Aziende sono impegnate nella definizione di percorsi diagnostici terapeutici che hanno come base di riferimento gli specifici indirizzi della Regione; tra gli esempi vanno citati l'infarto del miocardio e la protesi d'anca, i cui percorsi aziendali sono soggetti a verifica esterna da parte della Regione stessa. L'esperienza più avanzata al riguardo è rappresentata dal monitoraggio del "percorso IMA", a cui sono state

Indicatore	Media Piemonte	Min. Reg.	Max Reg.	Var. (max/min)
Tasso osped. Per 1.000 ab.	188	163	219	1,34
Media prestazioni per abitante.	18	13	25	1,92

Tabella 4. Variabilità tra le diverse ASL nella Regione Piemonte per indicatori specifici (anno 2006)

Anno 2001				Anno 2006			
RO	DH	Tot.	I.D.S.	RO	DH	Tot.	I.D.S.
13.498	18.883	32.381	58,32	3.986	40.487	44.473	91,04

Tabella 5. Evoluzione dell'indice di day surgery per il DRG 039 nella Regione Piemonte (anno 2001 e anno 2006)

ne Piemonte, ma comunque alcune di esse rilevano ancora a scopo interno le specifiche informazioni. Nel D.P.C.M. del 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", venivano elencati 43 DRG relativi a prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inap-

monte a riguardo hanno, peraltro, previsto una razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse realizzabile attraverso due tipologie d'intervento: l'accesso alle prestazioni in base alle priorità cliniche e lo sviluppo dell'appropriatezza della richiesta di specifiche prestazioni. Le prospettive aperte possono rap-

sottoposte in pratica tutte le Aziende della Regione Piemonte nell'ambito del processo di accreditamento istituzionale. A titolo esemplificativo nella tabella 6 sono presentati gli indicatori di percorso che devono essere sistematicamente raccolti nelle singole Aziende e che riguardano, in buona sostanza, l'ap-

1. Tempo alla PTCA (tempo intercorso fra arrivo in P.S. e inizio procedura PTCA)
2. Tempo alla trombolisi (tempo intercorso fra arrivo in P.S. e inizio procedura trombolisi)
3. Percentuale pazienti con prescrizione aspirina entro 24 ore dall'ingresso e alla dimissione
4. Percentuale pazienti con prescrizione (-bloccanti entro 24 ore dall'ingresso e alla dimissione)
5. Mortalità intra-ospedaliera per IMA (esclusi i trasferiti ad e da altri ospedali)
6. Mortalità intra-ospedaliera per PTCA

Tabella 6. Indicatori per il monitoraggio del percorso IMA nella Regione Piemonte

proprietà organizzativa, l'appropriata clinica e l'esito. Il monitoraggio sistematico di questi indicatori sposta opportunamente il baricentro di analisi nelle Aziende Sanitarie dall'ambito gestionale a quello professionale; al contempo richiede che in ogni Azienda venga effettuata una valutazione congiunta tra management e professionalità dei livelli di performance raggiunti in funzione della loro ottimizzazione, se necessaria. Come già sottolineato tali indicatori sono soggetti, tra l'altro, a specifica verifica esterna da parte degli organi regionali.

LA REVISIONE DELLE MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE CURE

In tale contesto si aprono, comunque, diverse problematiche anche per quanto riguarda la stessa Direzione Sanitaria di Azienda e di Presidio. In modo particolare è da sviluppare in ogni Azienda sotto lo stretto coordinamento della direzione sanitaria lo specifico programma di valutazione e miglioramento dell'appropriatezza e sono quindi da precisare, nei diversi ambiti operativi, alcuni contenuti cruciali e di non semplice definizione:

- individuare che cosa è di provata efficacia
- definire cosa è appropriato e cosa non è appropriato
- misurare cosa è appropriato e cosa non è appropriato
- rivedere, se necessario, il siste-

ma della domanda e dell'offerta, agendo sui fenomeni di "overuse" e di "underuse".

Sotto questo punto di vista l'appropriata può diventare una delle ipotesi di lavoro per riprogettare ed orientare i modelli organizzativi e tecnici del sistema di erogazione delle cure. Il percorso che deve essere sviluppato e che si propone deve comunque ripartire dall'appropriata clinica su cui andare a costruire l'appropriata organizzativa e, in definitiva, il sistema gestionale complessivo dell'Ospedale.

Il ruolo del direttore sanitario deve dunque rinnovarsi anche come catalizzatore dei programmi di valutazione e di miglioramento dell'appropriata verso l'utilizzo congruo di singole prestazioni o, meglio, delle stesse prestazioni coordinate su un cittadino portatore di un problema di salute nell'ambito dei percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali.

E' anche logico che gli stessi sistemi informativi dovranno essere sempre più in grado di leggere il paziente in una specifica dimensione di percorso. La debolezza di questi e dunque le difficoltà di valutazione dell'appropriata clinica con indicatori specifici costituiscono, senza dubbio, un problema in molte realtà aziendali.

CONCLUSIONE

In conclusione si può ragionevolmente affermare che la finalità del-

le azioni volte ad assicurare appropriatezza al sistema sanitario è quella di indurre una maggiore efficienza organizzativa delle strutture, senza peraltro compromettere l'efficacia e la sicurezza dei trattamenti. Se dunque l'applicazione dei principi di appropriatezza persegue importanti obiettivi di razionalizzazione, è utile sottolineare che il suo effettivo conseguimento si configura nella ricerca del coerente utilizzo delle risorse e nella riduzione delle prestazioni a rischio: come tale rappresenta il pieno sviluppo della "governance", che vede comunque il Direttore Sanitario come primo attore.

Bibliografia

* Buccoliero L., Caccia C. Nasi G. *Il sistema informativo automatizzato nelle aziende sanitarie*. Mc Graw Hill, 2002

* Casati G. *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*. Mc Graw Hill, 2002

* Cisbani L., Viziolo M., Grilli R. *L'uso dei database amministrativi per il monitoraggio degli eventi avversi*. In Cinotti R. *La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie*. Il Pensiero Scientifico Editore, 2004

* Focarile F. *Indicatori di Qualità nell'assistenza sanitaria*. Centro Scientifico Editore, 2001

* Iezzoni LI. *Assessing quality using administrative data*. *Annals of Internal Medicine* 1997; 127:666-74.

* Melino C. *L'Ospedale*. Società Editrice Universo, 2001

* Miglioro M., Lazzarato M. *Il monitoraggio dell'attività specialistica ambulatoriale*. In Grilli R., Taroni F. *Governo clinico*. Il Pensiero Scientifico Editore. Roma, 2004

* Morosini P. *Variabilità dei Servizi Sanitari in Italia*. Centro Scientifico Editore. Torino, 2004

* Muir Gray JA. *L'assistenza sanitaria basata sulle prove*. Centro Scientifico Editore, 1999

* Regione Piemonte, *Assessorato alla Sanità - Direzione Programmazione Sanitaria, Settore Gestione Risorse Finanziarie. Flusso informativo ricoveri ospedalieri: sistema dei controlli e della tariffazione*. Dicembre 2005

* Ripa F. e coll. *Manuale di autovalutazione per l'accreditamento professionale della Struttura Complessa*. Ricerca Sanitaria Finalizzata - Regione Piemonte, 2004

* SIC. *Sanità in Cifre*. Roma 2006



WE INNOVATE HEALTHCARE

Roche, presente in oltre 150 Paesi, con 75.000 dipendenti, è leader mondiale in Oncologia, Virologia, nei trapianti e nella diagnostica in vitro, con una ricca ed innovativa pipeline in patologie ad importante impatto sociale come l'osteoporosi e l'artrite reumatoide. Grazie al costante sviluppo di terapie innovative e personalizzate, Roche offre soluzioni in grado di migliorare la sopravvivenza e la qualità della vita dei pazienti. Anche la sostenibilità è parte integrante della missione di Roche, che in Italia e nel mondo ha una lunga tradizione a sostegno di iniziative di solidarietà e di impegno sociale e culturale.

Tutto questo è Roche.
Un'azienda in grado di fare realmente la differenza nella vita delle persone.



We Innovate Healthcare



Roche
ha il piacere
di invitarvi alla
tavola rotonda

I modelli gestionali in oncologia ed il percorso diagnostico terapeutico-assistenziale

Moderatori: P. Amendola (Rionero in Vulture), R. De Candido (Aviano)

Relatori: E. Duca (Perugia), A. Gallitelli (Matera), S. Giuffrida (Catania),
C. Iacono (Ragusa), G. Olivieri (Napoli), V. Tozzi (Milano), V. Zagonel (Roma)

Venerdì 21 settembre
Sala Ravezzi
Ore 11.00 - 13.00

L'innovazione e la ricerca: nuovi modelli gestionali dell'Azienda ospedaliera

Riassunto

- * Gli economisti affermano: il prossimo futuro sarà il ventennio delle scelte tragiche in sanità
- * Il necessario, ineludibile passaggio da una sanità governata - troppo spesso - da scelte politiche e clientelari, ad una sanità fondata su decisioni tecniche consapevoli
- * L'esigenza di disporre di strumenti gestionali in grado di supportare le scelte del management e di promuovere iniziative tese al contenimento della spesa sanitaria (Health Technology Assessment, Clinical Risk Management, Disease Management ecc.)
- * La Medicina Basata sull'Evidenza come strumento di dialogo tra il Management, il Clinical ed il Nursing

Summary

- * *Economists confirm that in the next twenty years dramatic choices will have to be made in our health system*
- * *the indispensable and unavoidable transition from a health system often governed by politics and patronage to a health system that relies on technical decisions*
- * *the exigent need to have at our disposal innovative management tools suitable to support management choices and contain health expenses (Health Technology Assessment, Clinical Risk Management, Disease Management, etc.)*
- * *the use of evidence-based medicine as an instrument of dialogue among management, clinicians and nurses.*

***G.Matarazzo, **B.Zamparelli**

***Direzione Sanitaria Azienda ospedaliera di Rilievo Nazionale "A.Cardarelli", Napoli**

****Direzione Sanitaria Staff Assessorato Sanità Regione Campania**

In una situazione di riduzione delle risorse, di fronte all'ipotesi di scelte tragiche in sanità che sembrano per taluni inevitabili, il controllo della spesa attraverso precise e motivate opzioni di priorità appare essere l'unica soluzione possibile, unitamente alla gestione della domanda di assistenza. Pertanto la mancanza di sufficien-

ti risorse economiche in sanità presenterà nel prossimo ventennio il vero principale problema delle società più avanzate. Si apriranno nuovi e vasti conflitti sociali, più evidenti in paesi come il nostro, ove l'attuale organizzazione del sistema-sanità garantisce tutto a tutti e consente la più ampia libertà di scelta. Appare perciò ine-

ludibile implementare in tempi più che rapidi un processo di transizione da un sistema sanità ancora oggi troppo spesso basato su logiche di politica clientelare ad un sistema in grado di assumere decisioni tecnicamente inoppugnabili da condividere con tutti gli stakeholders; sembra giunto il momento che la politica faccia un passo indietro -o forse in avanti - per dare strada alle ragioni ed alle istanze di una sanità equa e solidale, che tenga conto dei veri bisogni sanitari dei cittadini.



GLI ECONOMISTI
PREANNUNZIANO:
IL PROSSIMO FUTURO
SARA' IL VENTENNIO
DELLE SCELTE TRAGICHE

LO SCENARIO IN
ITALIA :
I CONFLITTI
SOCIALI

**PAROLE CHIAVE:**

Azienda ospedaliera, modelli gestionali innovativi

KEY WORDS:*Hospital Management, innovative tools*

LA NECESSARIA ED INELUDIBILE TRANSIZIONE DA UN MODELLO DI SANITA' CHE GARANTISCE TUTTO A TUTTI ED OFFRE OGNI LIBERTA' DI SCELTA, MODELLO BASATO - TROPPO SPESSO - SU SCELTE POLITICHE E CLIENTELARI, AD UNA NUOVA SANITA', IN GRADO DI VALUTARE I REALI BISOGNI ESSENZIALI DEL CITTADINO E DOTATA DI AMPIE COMPETENZE NECESSARIE PER L'ASSUNZIONE DI DECISIONI TECNICHE, CONSAPEVOLI E CONDIVISE



- La cultura ?
- Le competenze ? 5 anni di competenze maturate alla direzione di una struttura sanitaria pubblica o privata sembrano sufficienti ?
- La leadership ?
- La capacità di comunicare ?
- La capacità di gestire il cambiamento ?
- Gli strumenti della clinical governance ?

E' quindi evidente come sia necessario che il management in sanità possieda competenze specifiche e disponga di strumenti gestionali per fornire pareri ragionati ed inconfutabili.

La governance può rappresentare la soluzione al problema; fare governance vuol dire, al di là delle definizioni scolastiche, sapere utilizzare sistemi gestionali innovativi in sanità; fare governance significa anche immaginare un nuovo diverso medico igienista, dotato delle competenze tradizionali, ma moderno, sapiente, competente; un medico che forte delle competenze di base, sia in grado di promuovere, diffondere ed adottare strumenti gestionali innovativi; che abbia competenze tali ed autorevolezza per far divenire la direzione medica dell'ospedale il luogo delle sperimentazioni gestionali, per fare ricerca attiva, che sappia coinvolgere tutti gli attori del sistema nella rete virtuosa della governance restandone egli stesso nodo centrale (Zamparelli B. ed A. L'Ospedale 2006).

La definizione ormai universalmente accettata di Clinical Governance è la seguente "una strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei

servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, favorendo la creazione di un ambiente che supporti l'espressione dell'eccellenza professionale".

E' assai dubbio se tale definizione possa adattarsi alla traduzione italiana di governo clinico che ha ingenerato ed ingenera confusione nei ruoli attribuendo al sistema una valenza squisitamente clinica, facendole perdere invece quella specifica connotazione anglosassone che fa della governance uno strumento di dialogo, un linguaggio comune tra il management, il clinical ed il nursing e perché non del political.

Oggi che l'attenzione del sistema sanità appare fortemente focalizzata sull'appropriatezza organizzativa, appare evidente quanta parte possa avere la Clinical Governance su questo grande tema. Ancor più chiaro ciò apparirà se esaminiamo quali sono gli strumenti di cui il sistema può disporre: parliamo di sistemi innovativi gestionali, cioè di Medicina basata sulle Evidenze, di Linee guida e percorsi di cura, di Gestione del Rischio Clinico, di Health Technology Assessment, di Audit clinico, di Accountability, di Gestione dei Sistemi Complessi e di mol-

to altro ancora. E' evidente come l'applicazione di un autorevole strumento innovativo, il Clinical Risk Management possa condizionare la buona qualità dell'assistenza favorendo l'appropriatezza delle prestazioni. Il Clinical Risk Management è una metodologia che, sotto la guida di un approccio sistemico e concettuale del rischio, aiuta ad esaminare i fattori che influenzano la pratica clinica in ogni suo stadio fornendo indicazioni per appropriati interventi e piani di riduzione degli errori con miglioramento complessivo della sicurezza e della qualità assistenziale. Negli USA l'errore medico comportava una perdita economica (reddito mancato, invalidità ecc.) di circa 29 miliardi di dollari all'anno. Nel 2001 gli USA stanziavano la cifra di 12 milioni di dollari per realizzare un sistema informatico per la registrazione degli errori in medicina: le richieste di indennizzo nei soli reparti di degenza si riducevano in un triennio del 25%. Ma come incide il fenomeno sui costi assicurativi nel mondo ed in Italia? E' noto che negli USA i costi assicurativi sono dell'ordine del 20% della spesa totale sanitaria lasciando solo il 66% alla gestione dei processi assistenziali ed il 14% ai costi della qualità assistenziale;

fare governance significa anche immaginare un nuovo diverso medico igienista, dotato delle competenze tradizionali, ma moderno, sapiente, competente; un medico che forte delle competenze di base, sia in grado di promuovere, diffondere ed adottare strumenti gestionali innovativi; che abbia competenze tali ed autorevolezza per far divenire la direzione medica dell'ospedale il luogo delle sperimentazioni gestionali, per fare ricerca attiva, che sappia coinvolgere tutti gli attori del sistema nella rete virtuosa della governance restandone egli stesso nodo centrale (B. Zamparelli ed A. l'ospedale, 2006)

sembra inevitabile che un'ulteriore crescita dei costi non possa che obbligare i decisori in sanità ad attingere a quel fondo del 14% riservato appunto al miglioramento della qualità dell'assistenza. Una indagine condotta nella Regione Campania ha evidenziato una situazione non ancora drammatica, ma in rapida, tumultuosa, apparentemente incontenibile crescita; l'indagine, condotta su tutte le Aziende sanitarie, ospedaliere ed universitarie, con particolare riguardo all'Aorn "A. Cardarelli di Napoli" e all'Aorn "San Sebastiano" di Caserta, ha evidenziato una spesa per costi assicurativi/anno ancora inferiore all'1% della spesa sanitaria complessiva. I dati, che vanno certamente approfonditi e ulteriormente valutati, indirizzano senza dubbio alcuno verso un rapido deteriorarsi della situazione. Cosa accadrebbe della nostra sanità se i costi assicurativi raggiungessero i livelli della sanità statunitense? Cosa potrebbe garantire il Servizio sanitario oltre che pagare i già altissimi costi del personale? La Health Technology Assessment è un utile strumento per valutare l'impatto clinico, economico ed or-

la clinical governance

ganizzativo delle tecnologie, intendendosi per tali non già e non solo le apparecchiature medicali, ma i farmaci, i nuovi percorsi diagnostico terapeutici ecc. Si tratta di un approccio di valutazione multidisciplinare di un processo di cui vanno verificate l'efficacia, l'impatto economico, le caratteristiche, la sicurezza, nonché gli aspetti medico legali, sociali ed etici. Perché l'HTA diventi uno strumento operativo e non resti un esercizio teorico è necessario formare specifiche competenze in grado di costruire un piano metodologico che approcci i vari sistemi di valutazione (costi-benefici, costi-efficacia, costi-utilità). La valutazione dei vantaggi e degli svantaggi relativi a ciascuna alternativa analizzata, sia in termini di costi sia di maggiori o minori benefici per la salute rappresenta la mission di questo nuovo strumento la cui novità consiste nell'essere deputato non già alla valutazione di una tecnologia, se valida o no, ma piuttosto a verificare se quella tecnologia rappresenta una valida alternativa ad un'altra già in uso. Il Manager, - volendo intendere con tale termine chiunque sia chiamato a fare scelte in sanità (management, clinical, nursing, political ecc.) diventa così una sorta di Robinson Crusoe, solo su un' isola deserta, ma collegato al mondo esterno, a tutto il mondo scientifico possibi-

Cosa è la clinical governance ?

LA CLINICAL GOVERNANCE È UNA STRATEGIA MEDIANTE LA QUALE LE ORGANIZZAZIONI SANITARIE SI RENDONO RESPONSABILI DEL MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI E DEL RAGGIUNGIMENTO/MANTENIMENTO DI ELEVATI STANDARD ASSISTENZIALI FAVORENDO LA CREAZIONE DI UN AMBIENTE FAVOREVOLE ALLA ESPRESSIONE DELL'ECCELLENZA PROFESSIONALE

le. È noto che Robinson Crusoe non è soltanto un libro per ragazzi, ma contiene numerosi e poderosi spunti di economia, di religione, di politica, di filosofia; Robinson, quando si trova nella condizione di dover fare delle scelte (lasciare la capanna per costruirne un'altra in altro posto dell'isola ecc.) traccia sulla sabbia un solco con un bastoncino e scrive da un lato vantaggi dall'altro svantaggi ed inizia così il suo studio che lo porterà a decidere. Così oggi, ad esempio, nel definire un protocollo diagnostico-terapeutico si mette a confronto una procedura diversa da quella allo stato in uso e si valuta la eventuale superiorità (cost-effectiveness) del nuovo percorso. Si tratta - come è ben evidente - di uno strumento potente, decisionale che consente di autorizzare procedure diverse da quelle in uso, solo dopo averne verificato la maggiore utilità. Abbiamo, per brevità, citato solo alcuni degli strumenti di governance; altri sembrano ben più noti al medico, parliamo, ad esempio, dei percorsi di cura, delle linee guida, sui quali non ci soffermiamo.

Cosa non è la clinical governance

Governo

- liberamente tradotto da *governance* inteso come gestione dei processi di consultazione e concertazione per il raggiungimento di obiettivi
- il termine *governance* è ben diverso da *government* con il quale si intende un potere normativo da parte delle istituzioni

clinico

- L'aggettivo *clinico* è diverso e riduttivo rispetto al termine *clinical* che caratterizza tutta la materia e le professioni sanitarie, non solo quella medica

ALCUNI STRUMENTI GESTIONALI INNOVATIVI DELLA CLINICAL GOVERNANCE:

- Clinical Risk Management
- Health Technology Assessment
- Evidence based medicine
- Disease management
- Clinical pathways
- Audit clinico
- Altri

COSA PUÒ SIGNIFICARE IN TERMINI DI CONTENIMENTO DELLA SPESA SANITARIA L'UTILIZZO DEL CLINICAL RISK MANAGEMENT ?

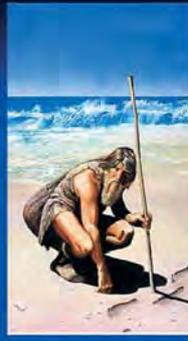


Health Technology Assessment

E' un processo attraverso il quale vengono valutate e comparate tra loro le tecnologie mediche, intendendo per tali non solo le apparecchiature e le attrezzature, ma anche i farmaci, le procedure diagnostiche, i percorsi diagnostico-terapeutici, i modelli organizzativi ecc.

LA H.T.A. NON GIUDICA LA BONTA' DI UN PROGETTO, DI UN METODO, DI UN APPARECCHIO, DI UNA PROCEDURA, MA NE VALUTA LA PREFERIBILITA' RISPETTO AD ALTRI CONSIDERATI ALTERNATIVI

COST BENEFIT ANALYSIS
J. MISHAN



LA PROMOZIONE, LA CONDIVISIONE, L'APPLICAZIONE PRATICA DEGLI STRUMENTI INNOVATIVI GESTIONALI, PREVEDE CHE TUTTI GLI ATTORI DEL SISTEMA (MANAGEMENT, CLINICAL, NURSING) PARLINO LO STESSO LINGUAGGIO CHE NON PUO' NON ESSERE - PER IL CLINICO COME PER L'ORGANIZZATORE - CHE IL LINGUAGGIO DELLA **EVIDENCE BASED MEDICINE.**

INTERNET ED IL WEB

LA PUBBLICAZIONE DELLA CONOSCENZA

LA CONOSCENZA SOTTOPOSTA A PEER-REVIEW

L'ACCESSO ALLA CONOSCENZA

L'AGGIORNAMENTO DELLE INFORMAZIONI CLINICHE ATTRAVERSO UN PUBBLICO PROCESSO DI CRITICA



Tutti gli strumenti descritti e tutti quelli che avremmo potuto descrivere presentano un minimo comune denominatore che è rappresentato dal riferimento certo alla Medicina Basata sulle evidenze scientifiche e ovviamente all'uso di Internet che rappresenta la vera rivoluzione del terzo millennio con cui inizia la sostituzione di un'altra grande invenzione che è quella della stampa.

Il World Wide Web, che è la rete globale di tutti i computers del mondo, rappresenta il più grande, veloce sistema di trasporto delle informazioni. E' evidente il giovamento in campo dell'informazione scientifica che si può trarre, non solo per la rapidità con cui una pubblicazione scientifica può arrivare a tutti rispetto alla tradizionale stampa delle pubblicazioni, ma anche - e forse soprattutto - per la rapidità con cui possono attivarsi le procedure di critica; questa delicatissima fase che deve necessariamente seguire alla pubblicazione, con le ordinarie metodologie della carta stampata, ha tempi lunghissimi che molto spesso vanificano l'impor-

tanza della pubblicazione stessa. E' noto che Internet di per sé non appare in grado di fornire sempre informazioni cliniche attendibili atteso che l'accesso alla pubblicazione di dati è libero e non risulta validato, come in uso per le riviste indexate, da una peer-review. L'esigenza di una diffusione in tempo reale delle informazioni cliniche e di attivare il successivo processo di critica è però fortemente sentita dalle maggiori riviste scientifiche che stanno in gran parte spostando sul web la pubblicazione, pur mantenendo il cartaceo. I vantaggi sono evidenti: oltre alla già richiamata velocità di pubblicazione, vi è una notevole riduzione dei costi (pubblicazione-distribuzione-accesso); una forma di pubblicazione più ricca e potente, soprattutto per quanto attiene la possibilità di imaging clinico; un più ampio contenuto di dati raccolti essendo possibile per gli autori inserire anche dati grezzi; una più facile interazione editore/lettore. Tutto ciò appare fondamentale nella promozione e diffusione della Evidence based Medicine che consente a tutti gli attori del sistema di ragionare, nel promuovere iniziative, solo ed esclusivamente sulla base delle maggiori e più recenti evidenze scientifiche. Un esempio per tutti è rappresentato dalle linee guida che hanno il compito di definire il percorso clinico assistenziale; esse, come è noto, hanno durata estremamente breve sul cartaceo venendo costantemente modificate dall'utilizzo di nuove terapie/metodiche diagnostiche/processi organizzativi: solo la ricerca su Web può essere in grado di sottoporle in tempo reale a revisione.

La diffusione capillare dello strumento all'interno delle strutture sanitarie, degli ospedali in particolare, può rappresentare, a co-



sti estremamente contenuti, la vera rivoluzione - anche organizzativa - di un'azienda ospedaliera. Noi vogliamo perciò immaginare un nuovo modello gestionale dell'Azienda ospedaliera nel quale tutti parlano in maniera competente di qualsiasi argomento, avendo come riferimento certo, oltre ovviamente alle esperienze personali, le evidenze scientifiche. In questa nuova realtà, ben diversa dalla precedente Babele, a nessuno - soprattutto a chi ricopre ruoli decisionali - può essere consentito di fare affermazioni/proposte/richieste/risposte che non siano testimoniate dalle maggiori e più recenti evidenze scientifiche. Soprattutto alla dirigenza strategica, chiamata per il futuro a dover dire più no che sì, non potrà essere consentito di opporre un rifiuto senza opportunamente motivarlo; soprattutto se essa vorrà mantenere il livello di autorevolezza che le si richiede. Alcune regioni hanno perfettamente capito l'importanza di diffondere tra i medici un linguaggio comune: la Liguria ad esempio, nell'ambito delle cure primarie, ha dotato gli studi di medicina generale di PC completi e mantenuti costantemente ed ha provveduto gli studi di abbonamenti alle più accreditate riviste scientifiche creando di fatto le condizioni per un aggiornamento costante dei medici ed un colloquio con referenti scientifici non altrimenti possibile.

Su questa strada devono incamminarsi tutte le strutture sanitarie ed in particolare le aziende ospedaliere per la funzione di eccellenza che a loro viene richiesta.

Al fine di assicurare l'intero complesso delle molteplici e delicate funzioni proprie della direzione sanitaria, l'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "A. Cardarelli" di Napoli ha già da tempo attivato, all'interno della disciplina di Igiene e Medicina Preventiva, unità operative complesse di

Direzione medica di presidio, di Epidemiologia Clinica e Valutativa, di Medicina Preventiva e Tutela del Personale e di Igiene Ospedaliera, facenti parte, insieme con le Unità operative complesse di Medicina Legale e di Farmacia, del Dipartimento di Direzione Sanitaria e Farmacia. Nell'ambito delle varie unità operative complesse sono state poi individuate unità operative semplici in grado di garantire la funzionalità dell'Ospedale.

La Direzione sanitaria, infine, nell'ambito della sua più diretta organizzazione si è dotata di unità operative per la Gestione del Rischio Clinico, per la Formazione continua del personale, per la Verifica della Qualità dell'Assistenza e la Governance dell'Ospedale; quest'ultima con il compito specifico di promuovere, diffondere, implementare ed utilizzare gli strumenti gestionali innovativi propri della Clinical Governance.

Bibliografia

- 1) Beecham L., *Government sets out vision for clinical governance. BMJ* 1999.
- 2) Buescher B., Kocher B, Richmond R., Sutaria S. *Lean for hospitals : the quality perspective. Health Europe N. 4. McKinsey & Company 2004*
- 3) Brook R., Chassis M., Fink A., Salomon DH. *A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. Int J. Technol.Ass. Health Care. 1987*
- 4) Burnard B., *Clinical guidelines. A public health perspective: European Journal of Public Health: 1999*
- 5) Formoso G., Liberati A., Magrini N. *Practice guidelines: useful and participative method method? Survey of Italian physicians by professional setting. Arch. Int.Med. 2001*
- 6) Grilli R., *Come governare l'innovazione in sanità? Rec.Progr. in Medicina Vol 97 n. 11, Nov. 2006*
- 7) Ippolito A., Leonardo M., *Il mana-*

gement per progetti nel governo della sanità. Merck Sharp & Dohme

8) Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system. Washington. National Academy Press. 1999*

9) *Programma Nazionale per le Linee Guida Come produrre, diffondere ed aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica. 2004*

10) Rowold M., Salfeld R. *Making clinical pathways for doctors and nurses. Health Europe N. 4. McKinsey & Company 2004L*

11) Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. *Adverse events in British hospitals:preliminary retrospective record review. BMJ2001.322.*

12) Walshe K., *Baseline Assessment for clinical governance :issue, methods and results. J. Of Clinical Governance 1999*

13) Zamparelli B, Matarazzo G, Federico G, Onofaro F, Carratù M, Di Pinto P. *La gestione del rischio clinico: esperienza di due Aziende ospedaliere della Regione Campania. L'Ospedale 4/2004*

14)Zamparelli B, Longanella W, Zamparelli E. *Il governo clinico dell'ospedale per l'appropriatezza. L'Ospedale 2006*

15) Zamparelli B, Federico G, Calzolaio F, Federico F, Simeone M.T, De Simone F, Zamparelli E. *Sinergie tra l'U.O.C Risk Management e l'Ufficio Formazione ed Aggiornamento del personale : l'esperienza dell'Azienda ospedaliera San Sebastiano di Caserta per il miglioramento della sicurezza clinico-assistenziale. Quaderni di Medicina e Chirurgia 2004*

16) Zamparelli B, Federico G, Calzolaio F, De Simone F, Greco P, Fucci F, Roccasalva G. *Rischio clinico in ortopedia. Abstr. Conv. SOTIMI Caserta 2003*



Qualità testata e certificata

I prodotti della Linea Lavanderia Sepca, oltre ad aver subito 37 anni di severi collaudi presso migliaia di clienti soddisfatti, sono stati testati e validati da un laboratorio accreditato secondo le severe normative AFNOR che regolano la materia.



Dove solo l'acqua non basta



UNILAV-DET



ALCALIN 20



CANDEGGER



OXIGEN



MORBI-ACID



UNIX



BIO-OXIGEN



MORBI-ACID



Richiedi il catalogo generale dei prodotti semplicemente Inviando un e-mail all'indirizzo sepca@sepca.it

SEPCA - via g. rossa, 13 - 42023 cadelbosco sopra (re) - Italia tel.+39 0522 911000 - fax +39 0522 911081 - www.sepca.it



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



SERVIZIO DI NOLEGGIO E RIPRISTINO DI SET CHIRURGICI TESSILI STERILI RIUTILIZZABILI

I BENEFICI SANITARI STERILIS:

- Abbattimento infezioni post-operatorie
- Protezione degli operatori da contaminazioni patogene
- Sterilità garantita da processi certificati UNI EN ISO 13485

I VANTAGGI STERILIS:

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

Il **Servizio Sterilis** offre il noleggio e la gestione di camici e teleria sterile a barriera per ogni tipo di intervento chirurgico. Il tessile viene puntualmente lavato, controllato e sterilizzato mediante processi certificati UNI EN ISO 13485.

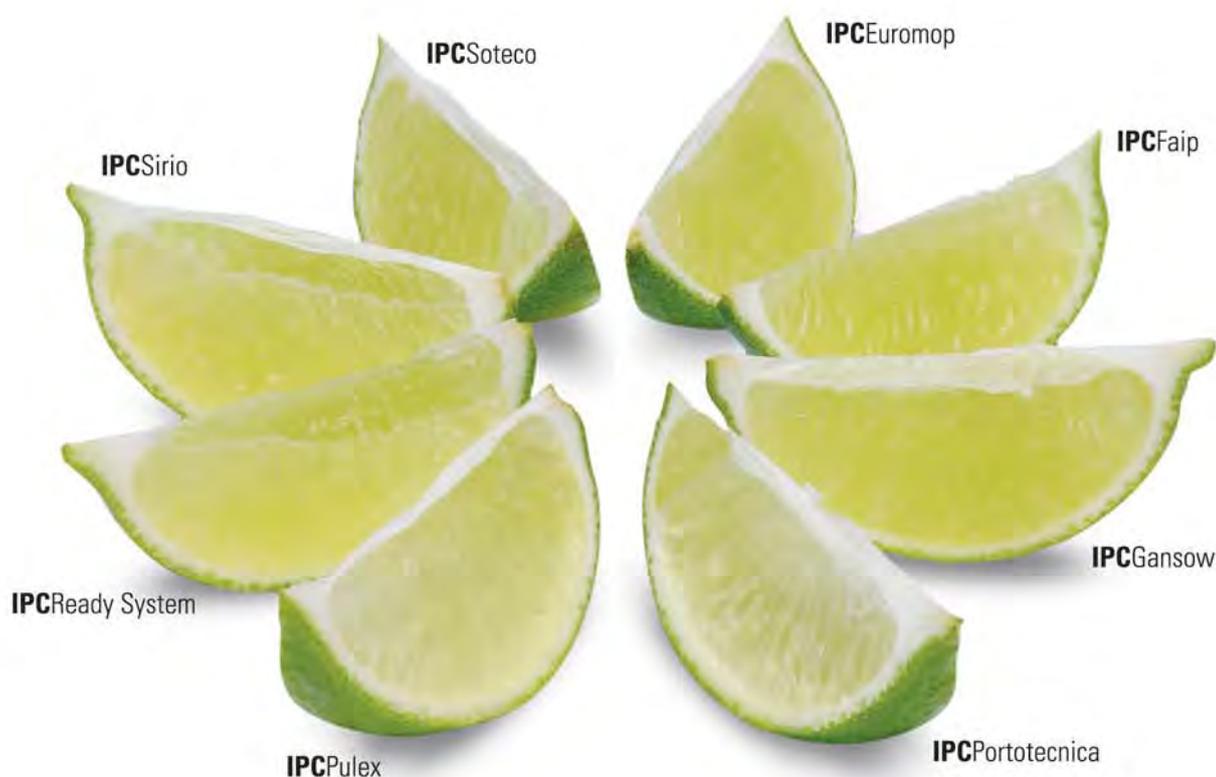
I camici e i teli chirurgici **Sterilis** sono Dispositivi Medici di classe 1 (marchio CEE Ist. Sup. Sanità) e soddisfano i requisiti richiesti dalla EN 13795: barriera al passaggio dei liquidi, nessun rilascio di fibre, resistenza allo strappo.

www.alsco.it

ALSCO
Italia

IPC

sanificazione come evoluzione del cleaning



IPC

IPC Integrated Professional Cleaning

IPC è il primo gruppo italiano per know-how, produzione e distribuzione di macchinari e strumenti per la pulizia professionale. Leader in Italia, ha un'importante presenza internazionale.

L'evoluzione del cleaning per IPC significa anche applicazione del suo patrimonio di competenze alla sanificazione in ambito ospedaliero. Per questo oggi le aziende IPC propongono una gamma integrata di prodotti che costituiscono l'offerta più completa per il mondo della sanità.

www.ipcleaning.com

Progettazione ospedaliera ed efficienza gestionale

Riassunto

Gli ospedali sono strutture edilizie complesse ed in continuo rinnovamento. L'Autore introduce gli elementi di rilievo della progettazione ospedaliera e ne analizza alcuni aspetti in riferimento alla efficienza gestionale. In particolare sono studiati gli aspetti attinenti la organizzazione dello staff in relazione ad una adeguata assistenza da erogare ai pazienti.

Summary

Hospital are the most complex of building types. Author studies problems of hospitals, because a functional design can promote skill, economy, conveniences, and comforts; a non-functional design can impede activities of all types, detract from quality of care, and raise costs to intolerable levels.

C. Buriani,

Azienda provinciale per i servizi sanitari, Provincia autonoma di Trento

1. INTRODUZIONE

L'ospedale è una struttura complessa ad elevato costo gestionale. Ogni razionale discussione sulla progettazione ospedaliera è complicata dal numero rilevante di attori e dal fatto che tale struttura è collegata ad eventi fortemente sentiti sul piano emozionale come la vita e la morte.

Certamente i cambiamenti della architettura ospedaliera rappresentano una delle caratteristiche del ventesimo secolo, in collegamento con lo sviluppo della ricerca e della clinica, con cambiamenti organizzativi ravvicinati anche ogni 5/10 anni. Al riguardo bene si attaglia la definizione di un importante architetto, E. Zeidler, che ha definito l'ospedale "una opera mai finita" (1,2).

I cambiamenti costituiscono la caratteristica della organizzazione assistenziale ed a cascata della struttura ospedaliera che la contiene, cambiamenti che conducono alle volte a soluzioni esteticamente accettabili a favore delle esigenze e della funzionalità dei servizi.

Completata la costosa realizzazione della struttura, si pone il proble-

ma della gestione dell'ospedale, i cui costi di norma coprono in nepure due anni il costo di realizzazione e rappresentano un elevato onere economico per i governi.

I differenti attori che operano in ospedale hanno esigenze e priorità differenti. Esigenze generali e specifiche debbono trovare compensazione in un equilibrio progettuale dettato dalla committenza e dalla disponibilità di risorse finanziarie. Molti sono gli stakeholders coinvolti a differente ruolo nella realizzazione di un ospedale, rappresentati nel loro complesso dalla committenza, pubblica o privata: il personale medico ed infermieristico-tecnico, i pazienti, ogni altra figura che accede alla struttura ospedaliera. Alcuni attori importanti tuttavia non hanno specifico accesso alla progettazione: i pazienti, i visitatori, i fornitori, i volontari. Una buona progettazione ospedaliera deve tenere conto ed integrare le istanze di tutti (3). Lo scenario verso cui muove l'ospedale è caratterizzato da alcuni elementi di rilievo:

1. le strutture ospedaliere sono in difficoltà a realizzare cambiamenti strutturali tali da soddisfare le esigenze della clinica;

2. pressione dei pazienti, posti letto sempre occupati, pazienti ad alta complessità sono ora e costituiranno sempre più le caratteristiche dell'ospedale;
3. non vi saranno più periodi di riduzione nella attività degli ospedali (fine settimana, periodi estivi, in relazione alle esigenze di una utenza che ha tempi di lavoro definiti ed esigenze crescenti);
4. sarà fondamentale la informazione e la continuità della cura tra ospedale e territorio (medici di famiglia, altre strutture sanitarie);
5. dovrà esservi una maggiore integrazione tra reparti generalisti (medicina e chirurgia generali) e reparti specialistici ed aumenterà il peso del medico di famiglia come "case manager" nella gestione del paziente;
6. i clinici dovranno essere coinvolti maggiormente nella gestione;
7. la sicurezza delle cure sarà sempre più un elemento portante della assistenza ed una richiesta puntuale della utenza (Zajac, 2003) (4).

Nella progettazione ospedaliera il recente "Nuovo modello di ospedale" presentato e formalizzato dal Ministero della Salute nell'anno 2000 (D.M.12/12/2000) rappresenta un importante momento di sintesi del-



PAROLE CHIAVE: Progettazione ospedaliera, efficienza gestionale, unità di degenza, ergonomia

KEY WORDS: *Hospital Plannig, efficiency management, stay ward, emergency*

le tendenze organizzative e costruttive e definisce un decalogo di principi informativi per un “ospedale ad alto contenuto tecnologico ed assistenziale”.

2. OBIETTIVO EFFICIENZA

Stante gli elevati costi di gestione, la efficienza rappresenta un elemento prioritario nell'ospedale per acuti: altre priorità sono la sicurezza dei pazienti e la idoneità del luogo di lavoro per il personale. Fondamentale anche il ruolo dei fruitori del servizio, i pazienti, per i quali bisogna comunque tenere conto della brevità del tempo di ricovero. Il primo momento di efficienza dell'ospedale comincia nella programmazione: la efficienza dell'ospedale si realizza infatti sia all'esterno dell'edificio ospedaliero, nell'ambito della rete dei servizi, sia all'interno dell'edificio mediante la adozione di scelte strutturali in linea con le esigenze di efficienza gestionale. Nell'ambito della rete dei servizi l'ospedale si pone come la struttura più costosa, dedicata alla cura dei pazienti acuti, circondata dalle altre strutture sanitarie che debbono integrarsi con l'ospedale in una logica di continuità delle cure: dopo la fase di acuzie sono i servizi del territorio che devono farsi carico del paziente. La efficienza dell'ospedale comincia prima di tutto da un territorio efficiente, rappresentato prioritariamente da una rete di competenti medici di famiglia, non burocratizzati ma organizzati con adeguate risorse di supporto (segretarie, infermieri di supporto), anche associati tra loro al fine di garantire ambulatori aperti in tempi adeguati.

Recentemente, a fronte di un processo di razionalizzazione della spe-

sa sanitaria nell'ambito dei sistemi di welfare, si è assistito ad iniziative tese a potenziare i servizi territoriali (ritenuti meno costosi) ed a migliorare la efficienza degli ospedali riducendone per quanto possibile i costi di gestione: si sono realizzati all'interno degli ospedali accorpamenti di reparti, conversione di servizi, riorganizzazioni, e nell'ambito della rete ospedaliera trasformazioni di ospedali in strutture ambulatoriali o residenziali quali nursing homes (residenze sanitarie assistenziali per anziani non autosufficienti o per pazienti con handicap) o hospices. Di regola tali politiche hanno portato in Italia ad un difficile processo di superamento dei piccoli ospedali, gli ospedali di zona della legge Mariotti (nel nostro Paese in numero assai rilevante), alla loro trasformazione o soppressione, all'accentramento dei servizi ospedalieri su reti di ospedali meno parcellizzate. In tal senso il peso della tecnologia è stato rilevante per la impossibilità di dotare ogni struttura di apparecchiature sofisticate ed all'avanguardia. Come la clinica si è orientata verso la medicina basata su prove di efficacia, anche la progettazione ospedaliera si è orientata verso soluzioni che portino vantaggi (outcomes) per i pazienti e per il personale di assistenza (Evidence based design o User centered design, Hamilton, 2003). La ricerca di tale iniziativa è tesa a capire se esistono progetti “buoni” e progetti “cattivi”, se vi sono “outcomes” nella realizzazione dei progetti, se è possibile realizzare strutture che siano realmente vantaggiose per pazienti e personale.

I principi di riferimento di questo movimento culturale sono:

1. la sicurezza dei pazienti;

2. la umanizzazione della assistenza;
3. la funzionalità/efficienza della struttura dell'ospedale in rapporto con la organizzazione del lavoro ed i costi di gestione;
4. l'inserimento urbanistico;
5. la flessibilità.

Nello specifico dell'edificio ospedaliero gli argomenti della “evidence based design” riguardano:

1. le camere di degenza singole versus le camere a posti letto multipli;
2. Il rumore;
3. La illuminazione;
4. La ventilazione ed il condizionamento;
5. La ergonomia;
6. La riduzione degli errori e la limitazione dello stress dello staff;
7. La limitazione del dolore.

Sulla base degli indirizzi generali sopra indicati il progetto di ospedale in linea con una efficiente gestione del personale deve garantire i seguenti requisiti:

1. ridurre gli spazi che lo staff deve percorrere nella gestione dei pazienti, prioritariamente all'interno delle unità di degenza;
2. garantire un buon controllo visivo dei pazienti allo staff di assistenza, anche utilizzando postazioni di lavoro infermieristico più numerose per garantire la vicinanza ai pazienti (a fronte di una oggettiva diffusa difficoltà di disporre di risorse infermieristiche in linea con le esigenze);
3. garantire spazi adeguati per ogni attività, da quelle “nobili” assistenziali a quelle di supporto (il giusto spazio, non più né meno), ponendo una particolare attenzione nella fase progettuale con gli utilizzatori della struttura;
4. garantire un adeguato sistema di trasporti (elevatori/ascensori, sistemi di trasporto automatico) sia per il personale, i pazienti ed il pubblico, sia per il vitto e lo smaltimento rifiuti, nonché sistemi di comunicazione adeguati e funzionali (posta pneumatica);
5. distribuire spazi di supporto a cavallo di più funzioni, sia per con-

- centrare gli spazi che per concentrare le attività del personale;
6. collocare in posizione funzionale, adiacente all'accesso dell'ospedale, i servizi ambulatoriali, che vanno per quanto possibile concentrati in una area dedicata;
 7. concentrare i settori ospedalieri che hanno le stesse esigenze strutturali ed impiantistiche (ad esempio le sale operatorie nel blocco operatorio, insieme a sale di diagnostica interventistica, ecc.), in tal modo raggiungendo dimensioni organizzative tali da avere vantaggi di scala;
 8. collocare in posizione funzionale vicine alcune funzioni strettamente collegate nel processo assistenziale (ad esempio il blocco operatorio e la terapia intensiva post-operatoria) (13).

La dotazione di personale costituisce l'elemento che caratterizza con più peso la efficienza gestionale della struttura ed è la organizzazione interna della struttura che costituisce elemento condizionante la necessità di personale per la gestione delle struttura stessa.

3. LA UNITÀ DI DEGENZA

La struttura della unità di degenza rappresenta uno degli elementi portanti dell'ospedale, alla quale deve essere data la massima importanza per le ricadute a carico sia dei pazienti che dello staff di assistenza. Elementi importanti da cui discendono le caratteristiche della struttura sono il modello organizzativo della assistenza infermieristica, il numero di posti letto nella unità tipo di degenza, il numero dei posti letto nelle camere di degenza. Nella seconda metà del secolo la tendenza delle degenze ospedaliere è stata verso la creazione di ambienti più umani e confortevoli, orientando ove possibile le degenze ad assomigliare piuttosto a case di abitazione o alberghi, con servizi dedicati e personalizzati, che ad ospedali. Il comfort si è anche orientato nei confronti dei visitatori e dei

familiari dei pazienti. Indubbiamente alcuni aspetti del comfort alberghiero degli ospedali risentono di aspetti sociologici collegati alle comunità che gli ospedali utilizzano (si veda la preferenza in Italia verso la camera di degenza a più letti rispetto alla opzione americana orientata alla camera a letto singolo).

L'approccio alla struttura della degenza deve tenere conto delle istanze sia dei pazienti, sia dello staff (che all'interno della struttura passa la propria vita lavorativa, mentre il paziente ricoverato negli ospedali per acuti in pochi giorni rientra nella propria abitazione o viene trasferito in altra struttura). Pazienti soddisfatti in strutture ove lo staff di assistenza è stressato da condizioni lavorative non appropriate non sono un scenario credibile. L'obiettivo è di realizzare soluzioni edilizie tali da garantire efficienza gestionale ed assistenza adeguata ai pazienti (3,4,5).

Variabili di cui tenere conto sono:

- Dimensione della unità di degenza
- Organizzazione dello staff e modello di cura
- Collegamenti esterni ed interni alla unità di degenza
- Controllo dei pazienti
- Orientamento alla luce
- Distanze da percorrere nella assistenza ai ricoverati.

La prima regola è che la dimensione delle unità di degenza ordinarie, intensive e semintensive, deve essere tale da evitare diseconomie gestionali dello staff di assistenza (unità di degenza di dimensioni ridotte, con pochi posti letto, sono causa di inefficienze).

La tendenza è di riunire pazienti omogenei per tipologia e carico assistenziale, rompendo lo schema della degenza dedicata per specialità (muovere le équipes mediche rompendo il tradizionale concetto di reparto specialistico): la necessità di posti letto realizzatasi in alcune specializzazioni mediche ha talvolta determinato dimensionamenti delle degenze specialistiche al di sotto di un "minimum" assisten-

ziale gestibile in maniera efficiente, determinando come conseguenza la concentrazione in una singola unità di degenza di pazienti afferenti a specialità diverse.

Il numero di unità di degenza in ospedale tende a ridursi: la direzione va verso una gestione mediante ambulatori e day hospital, o anche ricorrendo a foresterie esterne all'ospedale.

In primis la flessibilità della struttura deve consentire di modulare la dimensione della unità di degenza alla dimensione più funzionale della équipe ed alla sua gestione.

Nelle unità di degenza ordinaria la dimensione di almeno 30 posti letto consente un equilibrato utilizzo di personale di assistenza rispetto a strutture dimensionate su un numero minore di posti letto.

Il confronto è tra lo schema a corridoio e lo schema radiale (la soluzione cosiddetta a trifoglio si inserisce nello schema radiale).

Alcuni lavori orientano la scelta dello staff verso la soluzione radiale per i vantaggi in termini di percorsi del personale e rumore (due elementi di rilievo).

La struttura della unità di degenza deve garantire percorsi ridotti allo staff nella assistenza ai malati (in tale senso è da privilegiare la soluzione a quinto corpo di fabbrica o a stella con il locale di lavoro degli infermieri posto in posizione baricentrica).

Può ritenersi utile nella riduzione degli spostamenti dello staff che gruppi di camere di degenza afferiscano ad aree intermedie di assistenza alberghiera ove sono presenti depositi intermedi di biancheria, raccolta rifiuti e biancheria sporca, macchine quali lavapadelle (ad esempio strutture dotate di n.4 nuclei di n. 8 pazienti ognuno possono afferire ad un nucleo infermieristico centrale ove è collocata la postazione dello staff che controlla n. 32 letti di degenza). Tali soluzioni intermedie, con sottostazioni di lavoro infermieristico, possono ridurre gli spostamenti nella fase diurna; di notte, ad équipe assistenziale ridotta, può

essere presidiata solo la stazione di lavoro centrale baricentrica (6,7,8,9,10). Restano aperti nella gestione delle unità di degenza alcuni elementi di rilievo con forti ricadute sulla assistenza:

- l'inquinamento da rumore, collegato alla riduzione del sonno nei pazienti e responsabili di disturbi cardio-respiratori;
- la ventilazione ed il condizionamento;
- l'illuminazione naturale, dimostratasi migliorativa della performance di superamento della malattia con riduzione dei tempi di ricovero e tenuto conto di come sia poco gradito dai pazienti il soggiornare in camere poco illuminate con luce naturale;
- la possibilità di garantire la presenza di familiari accanto al paziente durante il ricovero;
- la dotazione all'interno dell'ospedale di un sistema di efficienti segnalazioni dei percorsi verso reparti e servizi;
- la disponibilità di lavabi per il lavaggio mani dello staff in relazione alle infezioni;
- il ricorso a camere singole con l'obiettivo di ridurre le infezioni;
- la dotazione di spazi adeguati, funzionali e bene illuminati per lo staff, soprattutto nella preparazione/dispensazione dei farmaci;
- l'attenzione alle condizioni che limitano le cadute dei pazienti (porte non funzionali, letti alti, luci notturne assenti, sistemi di chiamata scomodi, ecc.);
- l'importanza di una corretta informazione ai pazienti e familiari e tra membri dello staff (la soluzione della camera di degenza singola sembra migliorare e favorire una libera comunicazione con i pazienti, resa invece riluttante dalla presenza di altri ospiti nelle camere a più posti letto);
- la presenza di un ambiente di lavoro funzionale e stimolante come base per garantire allo staff condizioni di lavoro che inducano a fidelizzare lo staff (un elevato turn over dello staff rappresenta infatti un elemento negativo nella

qualità della assistenza) (11,12, 13);

- la dotazione di servizi igienici dedicati nelle camere di degenza.

Uno specifico studio ha dimostrato la riduzione delle cadute di pazienti mediante postazioni di lavoro dello staff in grado di monitorare visivamente i pazienti, una particolare attenzione agli aspetti ergonomici dell'arredo, l'uso di camere singole.

La dimensione prevista per una unità di degenza intensiva (rianimazione medica o chirurgica) può prevedere come dimensione minima sale di degenza aperte a sei posti letto, cui si devono aggiungere le camere per i pazienti da isolare. La dimensione ideale di altre unità di degenza può variare in base alla tipologia di pazienti e di assistenza, ma l'ottica deve essere quella di rispettare dimensionamenti tali da evitare dispersioni nello staff di assistenza.

La tendenza attuale è di realizzare boxes isolati (o isolabili mediante sistemi a scomparsa), tali da garantire da una parte una riduzione dei rischi di infezioni, dall'altra la possibilità di una assistenza funzionale da un posto di lavoro infermieristico vicino al paziente.

Sempre importante è la distanza tra la nurse ed il paziente e la disponibilità per un minimo numero funzionale di pazienti affidati ad una équipe di disporre delle strutture di supporto il più vicino possibile.

Importante nelle degenze, soprattutto di tipo intensivo, è la collocazione delle prese di acqua per il lavaggio delle mani come momento preventivo prioritario nei confronti delle infezioni crociate.

La dotazione di servizi igienici rappresenta un ulteriore elemento con ricadute sulla efficienza della assistenza. La soluzione di camere con servizio igienico dedicato garantisce vantaggi nella gestione dei pazienti: la dotazione ideale del bagno si ritiene quella costituita da water closet con doccetta di pulizia, lavabo e doccia con appigli di sicurezza e seggiolino di appoggio (tale soluzione consente di gestire in

loco le problematiche igieniche della maggior parte dei pazienti, in quanto solo pazienti in condizioni particolari necessitano di essere trasportati per la loro igiene nel bagno clinico). La presenza inoltre di punti di acqua nella vicinanza della camera di degenza garantisce allo staff la possibilità di frequenti lavaggi mani in corso di assistenza. In alcune realtà la presenza di lavabo, oltre che all'interno del servizio igienico, è stata prevista nella stessa camera. La presenza di servizi igienici favorisce inoltre lo smaltimento delle deiezioni evitando percorsi inutili e sporchi.

La problematica dello smaltimento è altrettanto rilevante per la funzionalità della assistenza nelle degenze intensive: in alcune strutture intensive americane si ricorre alla presenza di vuotatoi addirittura nei pressi del letto del paziente.

4. ALTRI INDIRIZZI GENERALI

Alle soluzioni relative alla unità di degenza si affiancano altre soluzioni che possono favorire un approccio gestionale efficiente e che debbono costituire base per una progettazione funzionale alle istanze di efficienza:

1. lo sviluppo della degenza diurna (day hospital), soprattutto orientata alla attività chirurgica sia in day surgery che in "one day surgery";
2. l'attivazione di day surgery come struttura autonoma con un proprio set di sale operatorie (se la mole di lavoro è tale da giustificare tale soluzione);
3. l'attivazione di un day surgery polispecialistico per concentrare le attività specialistiche chirurgiche, garantendo una dimensione tale da consentirne autonomia gestionale ed evitando le parcelizzazioni collegate alle varie discipline specialistiche;
4. la concentrazione dei servizi ambulatoriali, posti in posizione facilmente raggiungibile dall'accesso all'ospedale;

5. la concentrazione dei laboratori (anatomia patologica, patologia clinica, microbiologia, genetica, ecc.);
6. la concentrazione delle diagnostiche radiologiche (eccetto la ipotesi sperimentata di garantire diagnostiche ecografiche vicine alle degenze in relazione alla facile realizzazione e gestione di tali attività, assai meno complesse della tradizionale radiologia e delle diagnostiche ad alta tecnologia, e la ipotesi di una struttura autonoma di radiodiagnostica nei grandi dipartimenti di emergenza, ove sia possibile prevedere un uso intensivo di tale struttura per almeno la fascia oraria diurna);
7. il servizio trasporto centralizzato dei pazienti;
8. la vicinanza del blocco operatorio al servizio di sterilizzazione ed alle degenze intensive postoperatorie.
9. la separazione delle aree ad attività programmata dalle aree ad attività di urgenza,
10. la disponibilità nelle degenze di locali per la riabilitazione nella fase post- acuta.

Per quanto concerne il blocco operatorio la soluzione organizzativa più efficiente prevede:

- il ricorso appropriato al ricovero ospedaliero solo a fronte di casiistica che necessiti di tale opzione, ricorrendo in alternativa e ove possibile alla chirurgia ambulatoriale, al day surgery, al “one day surgery”, al “week surgery”;
- un dimensionamento del blocco operatorio non inferiore alle 4 sale operatorie al fine di consentire un utilizzo efficiente ed autonomo dello staff;
- l'utilizzo delle sale operatorie almeno 12 ore al giorno per almeno 6 giorni alla settimana;
- la concentrazione delle attività di preparazione e di risveglio dei pazienti in locali aperti (per favorire la gestione dei pazienti da parte del personale) in una logica di organizzazione concentrata delle fasi del lavoro (preparazione, inter-

vento, risveglio, monitoraggio in fase post-intervento, eventuale terapia intensiva post-operatoria);

- l'eliminazione delle attività di sterilizzazione dal blocco operatorio (eccetto la presenza di un locale di sub-sterilizzazione per esigenze eccezionali) da concentrare nella specifica centrale, evitando dispersione di apparecchiature (microsterilizzatrici) e di personale;
- la vicinanza della terapia intensiva post operatoria al blocco operatorio con possibilità di utilizzo integrato del personale addetto al nursing anestesiológico.

5. CONCLUSIONE

Gli studi hanno evidenziato un conflitto tra l'idea di flessibilità ed efficienza della progettazione ospedaliera (la “indeterminate architecture” di architetti come Weeks e Tatton-Wood) e l'ospedale come espressione di un ambiente umanizzato teso alla cura e guarigione dei pazienti. La attuale tendenza tesa a realizzare uno scenario il più umano possibile nello spazio ospedaliero ed una atmosfera familiare nelle unità di degenza ha messo in crisi la visione tecnologica dell'ospedale. Questo cambiamento rappresenta il passaggio dall'ospedale moderno visto come “fabbrica di cure” alla visione post-moderna dell'ospedale come luogo sociale dedicato alla salute. Il quesito è se si riuscirà a coniugare queste due visioni, quella tecnologica e quella umanizzante. Il futuro porterà cambiamenti nella concezione dell'ospedale. Le aspettative della nostra società, che vedono l'ospedale come uno specchio delle nostre scelte di come farci curare, porteranno cambiamenti ulteriori alla nostra visione dell'ospedale.

Di fronte ad un futuro incerto, progettare per il cambiamento resterà una delle sfide più rilevanti (13).

Bibliografia

1. Zeidler E. H, *Planning for change: hospital design theories in practice, The*

American institute of architects, 2004.

2. Mc Kee M, Heal J, “Hospital in a changing Europe”, WHO 2002.

3. Zingaretti G, *La interdisciplinarietà delle professioni nella elaborazione degli studi di fattibilità. Hospital public health*, 1, 43-49, 2007.

4. Zajac D J, *The public hospital of the future*, MJA 179: 250-252, 2003.

5. McGillis Hall L, Barr N, *Nurse staffing care delivery model and patient care quality. Journal nursing care quality*, vol. n. 1, pagg. 27/33.

6. Helmer T, Olson SF, *A clockwork nursing unit. Analyzing how nurses spend their time is the first step toward improving productivity. Health prog.* 1990 sep; 71 (7): 58-63.

7. Pope R, *A nurse's view of i.t.u design and equipment. Medical and biological engineering computing*.vol. 12, n.2, 156-159, 1999.

8. Mardelle McCuskey Shepley, *Nursing unit configuration and its relationship to noise and nurse walking behaviour: an AIDS/HIV unit case study. The American institute of architect*, 2007.

9. Van Der Weide M, Smits J. *The influence of ward characteristics on the adoption of innovation in nursing. Nursing economics*. Sept. 2001.

10. Langhorne P et alii. *What are the components of effective stroke unit care? Age and ageing*, 2002, 31:365-371.

11. Wan T H T. et alii, *Technical efficiency of nursing units in a tertiary care hospital in Taiwan, Journal of medical systems*, vol. 26, n.1, February 2002.

12. Ulrich R. et alii, *The role of the physical environment in the hospital of 21st century: a once-in-a-lifetime opportunity. Report “Designing the 21st century hospital project”*. September 2004.

13. Carr R.F, *National institute of building sciences (USA), Programme WBDG (Whole building design guide)*, 2007.

14. Henscher M, Edwards N, *The hospital of the future. BMJ*, 1999; 319: 911-914.

Il Sistema **KEMIKA** a

Moduli Integrati

Sistema **Certificato** da laboratorio CE
per la pulizia e la disinfezione
delle superfici in ambiente ospedaliero

MODULO CON QUATERNARI E BIGUANIDE

Sanificazione superfici
con **SANIDART**
e Panni in Microfibra
EXTRAKLIN



MODULO CON CLOREXIDINA

Pulizia
e disinfezione
dei sanitari
con **SANOCIT CX*** e
Panni in Microfibra
EXTRAKLIN



MODULO CON CLORO IN PASTIGLIE

BIOSPOT* + **TOC**

Per lavaggio pavimenti
con frangia in microfibra
MONOKEM RICCIO



 Presidi Medico Chirurgici

Kemika SPA

Via G. Di Vittorio 55 - CO.IN.OVA 2 - 15076 Ovada (AL) ITALIA
Tel. (0039)0143-80.494 Fax (0039)0143-82.30.68
www.kemikaspa.com e-mail: info@kemikaspa.com

Il presidio ospedaliero di ASL

Riassunto

La responsabilità della dirigenza medica, in atto, poggia su principi di decentramento delle funzioni, e promuove comportamenti proattivi collegati ai risultati ottenuti, piuttosto che sanzioni dovute a mancato rispetto di direttive prestabilite. Il Direttore di Presidio, che è dotato di autonomia tecnico-gestionale con contabilità separata ed assegnazione di budget, è responsabile delle funzioni gestionali ed igienico-organizzative oltre che di prevenzione, medico-legali e di promozione della qualità delle prestazioni sanitarie. Presso l'Azienda USL 3 di Catania è maturata un'esperienza che ha coinvolto (appunto in maniera proattiva) tutti i Direttori di Presidio Ospedaliero aziendali per il controllo del rischio clinico nei Pronto soccorso. Essa si è sviluppata attraverso la formazione degli operatori dei PS individuati dall'AUSL, la condivisione di standard selezionati, l'autovalutazione e la revisione dei risultati e definizione di Piani di miglioramento. Il progetto ha rilevato una forte proattività laddove gli operatori hanno dovuto autovalutare la situazione dei singoli PS rispetto agli standard condivisi e ove, con l'analisi dei dati, hanno definito le aree prioritarie su cui attivare piani di miglioramento.

Summary

The legal responsibility of the medical leadership today is based on principles of decentralization of the functions and encourages a behaviour for-assets linked to the outcomes, instead of endorsements after the lacked respect of predetermined rules.

The Director of Presidio, who owns a technical and managerial autonomy with separate accountability and budget allocation, is responsible for management, hygienic and organization aspects, as well as prevention, legal medicine and quality assurance of health performances. Within the Azienda USL 3 of Catania a previous experience has grown involving - in a manner for-assets - all the Directors of Presidio Ospedaliero for the control of clinical risk in the First-aid units. It has been developed through the formation of First-aid operators, selected by the AUSL, sharing selected standards, self-evaluation and outcome revision, and definition of Plans of improvement.

The project showed a strong involvement when the operators had to self-evaluate the situation of each First-aid unit in respect to the fixed standards and where, through data analysis, they identified the priority areas on which focus the improvement effort plans.

A. Sciacca

Direzione Sanitaria ASL 3 di Catania

INTRODUZIONE

In Italia è stata avviata una profonda trasformazione del quadro normativo in merito alle modalità di funzionamento della Pubblica Amministrazione. Tale quadro normativo, avviato con il decreto legislativo n. 29/1993, poggia sui principi del decentramento delle funzioni, della semplificazione, della distinzione tra "sfera delle decisioni politiche" e "sfera dell'amministrazione". Si è voluto assicurare il passaggio ad una visione che ha maggiore attenzione ai risultati conseguiti in ordine all'erogazione di "servizi" ed all'uso ef-

ficiente delle risorse.

Tale visione non consente di trincerarsi dietro il controllo di legittimità quale elemento dietro cui nascondere inefficienze e trascuratezze e promuove comportamenti proattivi legati ai risultati ottenuti, piuttosto che ad interventi di tipo sanzionatorio rispetto a deviazioni da procedure prestabilite. Tale obiettivo si può raggiungere attraverso uno sforzo condiviso di tutte le componenti rivolto a migliorare efficienza e rapidità di risposta, incentivando il lavoro di squadra e valorizzando capacità, spirito di iniziativa e creatività. Occorre soprattutto una di-

rigenza in grado di assumere un nuovo ruolo, capace di conseguire gli obiettivi definiti dal decisore "politico", preparata a guidare e far funzionare i diversi comparti non sulla base della tradizionale catena di comando fondata sull'autorità, ma sulla base dei meccanismi di partecipazione e conoscenza delle decisioni, che sono la base della leadership condivisa.

Deve affermarsi uno stile di direzione, in cui l'enfasi non è sulla assegnazione dei compiti, ma sulla delega vista come meccanismo per realizzare la valorizzazione delle capacità individuali, attraverso un processo di formazione e di condivisione di obiettivi oltre che di coinvolgimento e responsabilizzazione. In questa ottica si è mossa l'Azienda USL 3 di Catania in

**PAROLE CHIAVE:**

Ospedale, rischio clinico, responsabilità

KEY WORDS:

Hospital; clinical hazard; liability

una esperienza che, promossa dalla Direzione Sanitaria aziendale, ha coinvolto in maniera proattiva tutti i Direttori di Presidio Ospedaliero aziendali (Presidi di Acireale, Biancavilla, Bronte, Giarre, Militello, Paternò): il controllo del rischio clinico nei Pronto soccorso. Tale progetto ha inteso diffondere la cultura della prevenzione dei rischi presso il personale coinvolto nel servizio (principalmente Direzioni sanitarie e personale del Pronto soccorso), definire la struttura organizzativa per la sicurezza del paziente, rilevare ciò che accade per prevenire alla conoscenza dei propri rischi e monitorarli, attuare processi correttivi di miglioramento e monitorare i processi ridefiniti.

LA DIREZIONE DI PRESIDIO OSPEDALIERO

Il Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero è responsabile delle funzioni igienico-organizzative e opera sulla base degli indirizzi stabiliti dal Direttore Sanitario, concorrendo al raggiungimento degli obiettivi fissati dal Direttore Generale. Nell'ambito della struttura ospedaliera ha competenze gestionali ed organizzative, igienico-sanitarie e di prevenzione, medico-legali, scientifiche, di formazione ed aggiornamento e di promozione della qualità delle prestazioni sanitarie. Il Direttore sanitario deve garantire l'integrazione con gli altri soggetti e le altre strutture del distretto, al fine di assicurare risposte coordinate, appropriate e pertinenti, evitando duplicazione degli interventi in una stessa area distrettuale; concorrere con l'assistenza sanitaria di base a mantenere la buona condizione di salute della popolazione rafforzandone l'azione e collaborando anche con il dipartimento di prevenzione nell'individuazione dei vari fattori di rischio che possano esse-

re causa di malattie; assicurare risposte esaustive in relazione al bacino di pertinenza (uno o più distretti), evitando così la migrazione verso altre strutture provinciali o regionali. Il Presidio Ospedaliero è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda ed assegnazione di budget.

L'ESPERIENZA DELL'ASL 3 NELLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Nell'anno 2006 è stato attivato un progetto nell'ambito dell'Azienda USL 3 di gestione del rischio clinico orientato principalmente al pronto soccorso (PS) dei Presidi Ospedalieri.

Il progetto ha avuto l'obiettivo di apportare azioni correttive utili ai fini della riduzione del livello di rischio, in modo che l'Ospedale potesse innalzare il proprio livello di qualità, migliorare la sicurezza del paziente e ridurre il livello dei costi legato al verificarsi di eventi avversi ed alle relative cause intente. Il progetto è stato realizzato con il supporto di Progea e della relativa esperienza maturata utilizzando il metodo Joint Commission.

Il lavoro si è articolato nelle seguenti fasi:

- 1) Formazione degli operatori dei PS individuati dall'AUSL;
- 2) Condivisione di standard selezionati per il Pronto Soccorso;
- 3) Autovalutazione;
- 4) Revisione dei risultati e definizione di Piani di miglioramento.

Il progetto ha rilevato una forte proattività nella fase 3 e 4 laddove gli operatori hanno dovuto autovalutare la situazione dei singoli PS rispetto agli standard condivisi e ove, con l'analisi dei dati, hanno definito le aree prioritarie su cui attivare Piani di miglioramento.

Si è ricercata la standardizzazione dei

processi di cura dei PS, la riduzione dei rischi dei processi di cura legati all'urgenza attraverso la definizione di procedure, politiche, documenti organizzativi. La collaborazione del gruppo di lavoro si è concretizzata nella valutazione di tali documenti per adattarli alle esigenze e alle risorse dei diversi PS.

Le aree sulle quali si è ritenuto, in prima istanza, di avviare progetti di miglioramento sono state:

- A.** Triage
 - B.** monitoraggio Qualità (indicatori)
 - C.** il trasferimento del paziente
- Successivamente l'approfondimento dei dati di autovalutazione ha portato ad estendere l'attenzione anche a:
- D.** Gestione dei Farmaci
 - E.** Informativa sui servizi, gli orari, i processi di accesso al PS
 - F.** Definizione di Linee Guida condizionate
 - G.** Job description
 - H.** Orientamento personale neo-inserito in PS
 - I.** Programmazione turni PS
 - J.** Varie (astanteria, tempi di attesa, ecc.)

E' stato chiarito ed accettato che la responsabilità della implementazione era dei responsabili di PS e del gruppo di lavoro che ha contribuito a definire il progetto.

A. TRIAGE

Il sistema di "triage" e' uno strumento organizzativo rivolto al governo degli accessi non programmati ad un servizio per acuti, che ha come obiettivo la definizione della priorità con cui il paziente verrà visitato dal medico.

La tendenza, in crescita e comune a tutte le realtà sanitarie, di ricorrere al pronto soccorso da parte di un numero sempre maggiore di cittadini crea l'esigenza di utilizzare il triage nel pronto soccorso ad elevato numero di accessi.

La conferenza permanente per i rapporti tra lo stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, con l'accordo 25/10/2001 stabilisce che tale funzione dovrà essere assicurata in ogni caso e continuamente in quei presidi con oltre 25.000 ac-

cessi per anno. Gli ospedali che, pur essendo al di sotto dei 25.000 accessi per anno, si trovano ad operare in condizioni di flussi periodicamente elevati ed irregolari (turismo stagionale, fiere, manifestazioni, ecc.) devono garantire la funzione di triage proporzionalmente alle necessità.

Inoltre, il Decreto dell'Assessorato Regione Sicilia del 17 giugno 2002 "Direttive per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie nella Regione siciliana.", prevede al punto 3° - Pronto Soccorso Ospedaliero tra i requisiti minimi organizzativi come in ogni struttura erogante prestazioni di pronto soccorso deve essere garantita la funzione di triage, come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento.

Inizialmente in nessuno dei P.S. dell'AUSL 3 di Catania era operativo il triage e sull'argomento sono sorte ampie discussioni con il gruppo di lavoro rispetto alle difficoltà oggettive di istituire il triage nei PS dei Presidi Sanitari dell'AUSL 3 di Catania.

Anche per il disposto normativo, è stata definita innanzitutto l'attivazione del triage all'interno dei due PS che superano i 25.000 accessi, ma si è ritenuto importante attivare appena possibile tale modo di operare in tutti i PS aziendali.

E' stata quindi prevista una fase di addestramento/formazione degli infermieri dei PS, con realizzazione di Manuale ad hoc, che costituirà la base del materiale informativo.

B. Monitoraggio Qualità (indicatori)

Il monitoraggio continuo, l'analisi e il miglioramento dei processi clinici e manageriali devono essere ben organizzati attraverso la raccolta di dati, indicatori e la loro successiva analisi per l'implementazione e sostegno di quei cambiamenti organizzativi che generano un miglioramento.

Sia il miglioramento della qualità che la sicurezza dei pazienti, guidati dalla Direzione aziendale, cercano di cambiare la cultura dell'organizzazione utilizzando un approccio proattivo e ridu-

cono i rischi e le variabili. Ovviamente il miglioramento della qualità e la sicurezza dei pazienti sono indirizzate sulla base dei dati raccolti.

I processi individuati sono quelli ritenuti prioritari dal gruppo di lavoro rispetto alla mission del PS, ai bisogni dei pazienti e ai servizi erogati e l'attuazione si è focalizzata sui processi ad alto rischio per il paziente.

Con i criteri sovra espressi sono state individuate le seguenti aree di verifica/intervento:

- 1) accuratezza e completezza compilazione verbale PS;
- 2) adeguatezza turni personale PS;
- 3) adeguatezza addestramento personale PS;
- 4) gestione farmaci in PS;
- 5) triage.

C. Il trasferimento del paziente

L'invio di un paziente presso un altro professionista sanitario o un'altra struttura assistenziale esterni al Presidio Ospedaliero del PS si basa sullo stato di salute del paziente e sulla necessità di proseguire il trattamento in strutture adeguate al bisogno sanitario espresso.

Il trasferimento deve essere effettuato secondo un processo d'invio che garantisca l'appropriatezza del trasferimento, la responsabilità del trasporto del paziente, nonché le modalità di azione da adottare nel caso in cui non sia possibile effettuare il trasferimento presso un altro centro.

Il trasferimento del paziente può essere un processo semplice se il paziente è vigile e in grado di parlare, oppure può trattarsi della movimentazione di paziente comatoso, che necessita di continua sorveglianza medica o infermieristica.

Il paziente deve essere monitorato in entrambi i casi, ma cambiano in maniera significativa le qualifiche che devono possedere i soggetti incaricati del monitoraggio.

Quindi lo stato e le condizioni del paziente determinano le qualifiche del personale incaricato di monitorare il paziente durante il trasporto.

Per i PS dell'AUSL 3 di Catania è stata rilevata un'organizzazione abbastanza disomogenea rispetto alla dis-

ponibilità dei mezzi di trasporto (ambulanze) che, in alcuni casi, dipendono dal Presidio, mentre in caso di più trasporti concomitanti dipendono da strutture convenzionate.

Nel prendere visione del regolamento aziendale per il trasporto medicalizzato, è stata proposta una modifica rispetto all'attribuzione delle responsabilità della disponibilità di mezzo correttamente attrezzato e mantenuto. Si è concordato, infatti, di ricondurre ad un'unica figura professionale che sia di fatto responsabile dell'automezzo e della sua gestione per avere garanzia di coordinamento.

D. Gestione dei farmaci

I farmaci sono risorsa importante dell'assistenza sanitaria in PS e il relativo uso e disponibilità devono essere organizzati con efficacia ed efficienza. La gestione dei farmaci è responsabilità sia del Servizio Farmaceutico che dei professionisti sanitari. Le modalità di condivisione di questa responsabilità va definita nella singola struttura secondo la disponibilità di risorse.

E' necessario definire quali farmaci sono a disposizione dei professionisti del PS per la prescrizione e l'ordine alla farmacia. Il contenuto dell'elenco dipende prevalentemente dalla tipologia di prestazioni erogate e dai bisogni dei pazienti. L'elenco dovrà contenere l'elenco dei farmaci in dotazione e di quelli prontamente reperibili da fonti esterne.

E' inoltre necessario monitorare la corretta conservazione dei farmaci in PS, la tenuta di registri per gli stupefacenti.

Non da ultimo è stata raccomandata nella fase di somministrazione una particolare attenzione a verificare la corrispondenza tra prescrizione e:

- il farmaco
- l'ora e la frequenza di somministrazione
- il dosaggio
- la via di somministrazione
- l'identità del paziente (almeno 2 elementi)

E' stata quindi definita una Procedura per la gestione dei Farmaci in PS e una check list per il monitoraggio.

E. Informativa sui servizi, gli orari, i processi di accesso al PS

Gli obiettivi delle prestazioni erogate in PS sono la convergenza tra i bisogni sanitari del paziente e i servizi disponibili, il coordinamento delle prestazioni erogate all'interno del PS per definire il rinvio al domicilio del paziente, il suo trasferimento ovvero il ricovero. I risultati attesi sono il miglioramento complessivo degli esiti delle cure erogate al paziente e un utilizzo più efficiente delle risorse disponibili. La corrispondenza tra i bisogni del paziente da un lato e le risorse del PS dall'altro, dipende dalla disponibilità di informazioni essenziali sui bisogni e sulle condizioni del paziente, ottenibili per mezzo di screening nel punto di primo contatto, al momento dell'arrivo in PS.

Al fine di migliorare l'appropriatezza degli accessi al PS è necessario informare la comunità locale (cittadini, MMG/PLS, guardia medica ecc.) sulle modalità di accesso ai servizi.

A tal fine, verificato che tale aspetto non era particolarmente curato per i PS dell'AUSL 3 di Catania, si è predisposta una locandina, composta da una prima parte informativa (omogenea per tutti i PS) e da una seconda parte da personalizzare rispetto ai servizi disponibili nei singoli PS. E' stato infine definito un piano di diffusione della stessa.

F. Definizione di Linee Guida condivise

Le linee guida della prassi clinica rappresentano un mezzo per migliorare la qualità e aiutare medici e pazienti a prendere le decisioni cliniche. Una linea guida è un modo efficace per migliorare i processi riducendo la variabilità. Le linee guida della prassi clinica sono classificate in letteratura e le basi scientifiche delle stesse devono essere oggetto di valutazione; esse possono essere adattate da fonti esterne oppure create dal personale interno del PS. Indipendentemente dall'origine tutte le LG della prassi clinica devono essere revisionate e approvate dai professionisti clinici e dai dirigenti del PS prima dell'implementazione.

Il processo di revisione e di approvazione garantisce la corrispondenza con i bisogni dei pazienti, l'adattamento al territorio e alle risorse del PS. Una volta implementate le LG sono periodicamente revisionate al fine di garantirne la continua rilevanza per i pazienti del PS e il mantenimento delle basi scientifiche. Per i PS dell'AUSL 3 di Catania il gruppo di lavoro ha individuato le aree di maggiore criticità ed elaborato 6 LG in tema di:

- Dolore toracico non traumatico
- Trauma cranico minore
- Diabete mellito scompensato
- Stroke
- Trasfusione in emergenza
- Trasporto e trasferimento del paziente critico.

Le LG sono state stese dal gruppo di lavoro e sono in via di condivisione e approvazione finale. Successivamente si procederà alla relativa diffusione nei PS.

G. Job description

Un'azienda sanitaria, ed in particolare il PS, necessita di un numero variegato di persone qualificate ed esperte per adempiere alla propria missione e soddisfare i bisogni dei pazienti. E' molto importante esaminare attentamente le credenziali del personale medico e infermieristico poiché questi professionisti sanitari sono coinvolti nei processi di assistenza clinica, a diretto contatto con i pazienti.

E' opportuno che si definisca a livello aziendale, per ogni profilo professionale impegnato nelle attività di PS, un documento scritto che sostanzialmente contenga ciò che l'azienda stessa si attende da quella professionalità e quindi ciò che è autorizzata a fare.

A tal fine sono stati proposti al gruppo 4 documenti e validati:

1. JOB Description Capo Sala
2. Job Description IP
3. Job description Personale Ausiliario
4. Privilegi personale Medico

H. Orientamento personale neo-inserito in PS

Gestione e sviluppo delle risorse umane (medici, infermieri, tecnici di labo-

ratorio e radiologia ecc) sono ingredienti essenziali per la produzione ed erogazione di servizi sanitari sicuri, efficaci ed efficienti. Un'efficace gestione delle risorse umane impegnate nel PS richiede, tra l'altro, la definizione di politiche e procedure per il migliore inserimento del personale neoassunto. E' necessario specificare le competenze necessarie all'esercizio delle specifiche funzioni e responsabilità assegnate, nonché un chiaro ed obiettivo sistema di valutazione della performance del personale neo-assunto. A tal fine il gruppo ha predisposto una griglia riassuntiva delle tempistiche e modalità di inserimento di personale neo-assunto (o proveniente da altri reparti), e una scheda di valutazione da compilarsi a fine addestramento.

I. Programmazione turni PS

La valutazione e la rivalutazione del paziente in PS rappresentano un percorso critico che richiede formazione, aggiornamento, addestramento e capacità specifiche. Di conseguenza è necessario che vengano identificati i professionisti qualificati a condurre le valutazioni mediche in urgenza e le valutazioni dei bisogni infermieristici. Le responsabilità dei soggetti qualificati a eseguire le valutazioni sono definite per iscritto ed esplicitate in una turnazione predisposta secondo procedura dell'AUSL.

Il gruppo di lavoro ha illustrato una procedura per la programmazione dei turni in PS, approvata e condivisa.

J. Varie

- Astanteria - Dagli incontri con il gruppo di lavoro si è registrata una certa disomogeneità di utilizzo dell'astanteria. Al fine di misurare il fenomeno dello stazionamento del paziente in astanteria si decide quindi di sviluppare una rilevazione ad hoc al fine comprendere la dimensione del fenomeno nei vari ospedali.
- Tempi attesa in PS - E' necessario avviare, anche in assenza di supporto informatico e di vero e proprio triage, la rilevazione dei tempi medi di attesa per fascia oraria nei

diversi PS, tenendo conto della diversa gravità dei pazienti.

- Procedura di ricovero da PS a Reparto - Al fine di codificare tempi e modi per il trasferimento del paziente dal PS a reparto dello stesso Presidio, ovvero di altra Struttura Sanitaria.

I seguenti documenti saranno ratificati e adottati formalmente da tutti i Presidi Ospedalieri di ASL.

1. gli standard definitivi;
2. il triage
3. il manuale del triage
4. gli indicatori
5. procedura di trasferimento del paziente dal PS
6. modificazione della procedura aziendale sulle ambulanze
7. la gestione dei farmaci in PS
8. l'informazione sui PS
9. le linee guida
10. le job description
11. l'orientamento del personale neo inserito in PS.

12. procedura di definizione dei turni in PS

Obiettivo principale del progetto è stato la riduzione del livello di rischio nei Pronto soccorso dei Presidi Ospedalieri aziendali, anche attraverso la rilevazione degli "eventi" significativi o dei "quasi-eventi" a partire dalla costruzione di un glossario condiviso.

Tuttavia, come precisato in premessa, si è cercato di valorizzare lo spirito di iniziativa e i meccanismi di leadership attraverso la condivisione degli obiettivi e delle responsabilità. Il tentativo è di ammodernare il sistema sanitario ospedaliero attraverso lo snellimento delle strutture centrali e il decentramento verso le strutture periferiche, la definizione dei compiti riservati agli organi strategici, di governo e quelli della dirigenza; l'autonomia dei dirigenti e la contemporanea reale responsabilizzazione sui risultati ottenuti; la valuta-

zione delle azioni e delle prestazioni effettuate attraverso moderni sistemi di controllo di gestione e di governo clinico.

Bibliografia

1. *La gestione del rischio clinico* di F. Novaco V. Damen Centro Scientifico Editore 2004.

2. *Ministero della Salute. Dipartimento della Qualità. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Ufficio III "Risk Management in Sanità. Il problema degli errori". Commissione tecnica sul rischio clinico, Roma, marzo 2004.*

3. *Roberts RM, Dalton KL, Evans JV, Wilson CL., A service model of short-term case management for elderly people at risk of hospital admission, 1: Aust Health Rev. 2007 May;31(2):173-83*



**UNA NUOVA ERA
PER LA
DISINFEZIONE
A FREDDO
NEL RISPETTO
DELL'AMBIENTE
E DEGLI OPERATORI**

device

Alphadevice s.r.l.

Via A. Bartocci 5/b
05100 Terni Italia
Tel. 0744.817248 Fax 0744.817431
www.alphadevice.it.

**H Huckert's
international**
Your best Partner in Hygiene
www.umonium.com

KLINIKline

Vince sempre
al gioco
del silenzio



LAVASCIUGA PAVIMENTI, ASPIRATORI, MONOSPAZZOLE
PROFESSIONALI
DESTINATI AL SETTORE SANITARIO

 **FIMAP**[®]
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

www.fimap.com

Numero Verde
00800-05070000

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

“L’informazione nella promozione della salute nei luoghi di lavoro”

Maria Luisa Diodato*, Gianni Aiello*, Loredana Cecchetti**, Roberto Taruffi**

Il recepimento delle norme comunitarie in materia di sicurezza, avvenuto con il Dlgs. 626/1994, ha riportato alla luce l’interesse per un argomento da troppo tempo sottovalutato come la tutela della salute nei luoghi di lavoro. In particolare questo decreto fissa l’insieme delle procedure necessarie a rendere il luogo di lavoro più sicuro ed affidabile.

Gli aspetti più rilevanti del decreto riguardano:

- L’organizzazione e l’istituzione del Servizio di Prevenzione e Protezione;
- La valutazione di tutti i “possibili rischi” presenti nell’ambiente di lavoro contestualmente alle soluzioni tecniche e organizzative applicabili;
- La capacità di “gestione” dei rischi residui da parte dei datori di lavoro, dirigenti e preposti attraverso un’adeguata informazione e formazione.

L’obbligo d’informazione e formazione, quale preciso dovere del datore di lavoro, era già presente nelle leggi quadro negli anni cinquanta nelle quali si prescrive di “rendere edotti tutti i lavoratori dei rischi specifici cui sono esposti e portare a loro conoscenza i modi di prevenire i danni ...”

Il termine “rendere edotti” significa “rendere consapevoli”, e quindi va oltre il semplice limitarsi ad appendere cartelli con norme di comportamento o divieti da rispettare; occorre quindi garantire ai lavoratori non solo una corretta ed esauriente informazione, ma anche una idonea formazione ad operare in sicurezza, per creare le motivazioni a comportamenti sicuri.

“Informare” significa: fornire notizie utili e funzionali a chi le riceve; quindi, sostanzialmente, comunicare delle conoscenze. Affinchè l’informazione sia utile ed efficace è necessario che sia:

- pertinente, vale a dire rispondente alle esigenze e ai bisogni di chi la riceve;
- corretta, cioè non contenga errori interpretativi;
- completa, cioè contenga tutti gli elementi che servono a chi la riceve;
- chiara e comprensibile, cioè sia trasmessa con un linguaggio che chi riceve è in grado di comprendere.

“Formare” significa invece fornire, mediante un’appropriata disciplina, i requisiti necessari ad una data attività, e quindi predisporre un processo attraverso il quale s’insegna a qualcuno a fare qualcosa o a comportarsi in un certo modo.

Nella logica di applicazione della norma, ma soprattutto per garantire un’efficace informazione a tutti i lavoratori dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, il servizio di prevenzione e protezione (quale obbligo specifico sancito dalla norma) ha messo a punto un sistema divulgativo attraverso la produzione e la distribuzione (sia cartacea che attraverso il sito web sulle pagine dell’azienda accessibile sia tramite intranet che internet) di schede tecniche monotematiche che rispettino i requisiti riportati nel concetto di “informazione” descritti in precedenza.

Dette schede hanno essenzialmente l’obiettivo di far acquisire ai lavoratori le conoscenze necessarie per valutare e controllare i fenomeni del proprio contesto ambientale e lavorativo; possono inoltre, costituire una base per una successiva crescita professionale.

La necessità di produrre sistematicamente materiali informativi, è scaturita dall’analisi dell’attività quotidiana svolta dagli operatori sanitari.

Tale attività per gli infermieri in particolare, è caratterizzata da contenuti emotivi molto intensi, articolata per lunghi periodi e fortemente coinvolgente oltre che sul piano professionale anche su quello emotivo.

Tale coinvolgimento conduce gli operatori sanitari a trascurare costantemente la tutela della propria salute (in un luogo che per definizione persegue obiettivi di salute!), quella dei colleghi e, infine, dei pazienti stessi.

Di seguito si presentano alcune schede che si pongono l’obiettivo di informare dettagliatamente gli operatori sanitari sulle motivazioni (criteri di scelta, modalità d’uso, ecc.) e gli obblighi connessi all’impiego dei Dispositivi di Protezione Individuale.

Le schede normalmente non riportano la bibliografia in quanto le informazioni necessarie alla loro costruzione sono per lo più desunte dalla normativa tecnica e legislativa vigente e dall’esperienza quotidiana acquisita durante la valutazione dei rischi.



SCHEDA TECNICA N° 9

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI)

PARTE GENERALE

I - DESCRIZIONE



Che cosa sono

Si definisce DPI (Dispositivo di Protezione Individuale) quell'attrezzatura che ha il compito di salvaguardare la salute e/o la sicurezza della persona che li indossa o li utilizza (D.Lgs. 475/92);

ovvero:

qualsiasi attrezzatura destinata ad essere indossata e tenuta dal lavoratore allo scopo di proteggerlo contro uno o più rischi suscettibili di minacciarne la sicurezza o la salute durante il lavoro, nonché ogni complemento o accessorio destinato a tale scopo (D.Lgs. 626/94).

Non sono DPI gli indumenti di lavoro ordinari e le uniformi a meno che non siano specificamente destinati alla protezione e alla sicurezza del lavoratore.

Le informazioni che seguono sono relative a tutte le tipologie

di DPI mentre, nelle successive schede, questi ultimi verranno trattati singolarmente e in modo specifico. Le prossime schede saranno relative alla protezione:

- delle vie respiratorie;
- degli occhi e del viso;
- della testa;
- dell'udito;
- delle mani e delle braccia;
- dei piedi e delle gambe;
- delle altre parti del corpo;
- contro le cadute dall'alto.

Quando si usano

I DPI devono essere utilizzati a complemento e non in sostituzione di misure preventive quali organizzazione e razionalizzazione del lavoro, realizzazione di protezioni collettive, o al fine di ridurre ulteriormente l'esposizione degli addetti a rischi residui.



II – SCELTA E ACQUISIZIONE DEI DPI



Requisiti normativi

La produzione, la commercializzazione, e la classificazione dei DPI sono regolamentate dal D.Lgs. 475 del 04/12/92 modificato dal D.Lgs. 10/97. La norma prevede anche che ogni DPI sia singolarmente provvisto di marcatura CE e che tale marchio sia apposto in modo *visibile, leggibile, indelebile* (qualora ciò sia impossibile deve essere posto sull'imballaggio). Il dispositivo deve essere accompagnato da una nota informativa che contenga: le modalità di impiego, le istruzioni di deposito, di pulizia, di manutenzione e di disinfezione.

I DPI sono classificati in tre categorie:

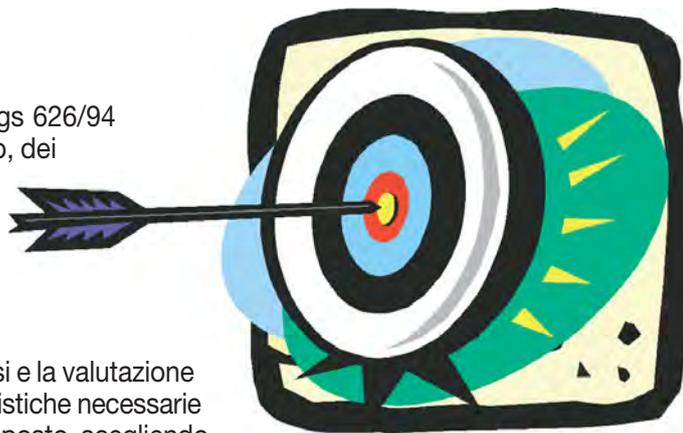
Prima categoria: dispositivi di semplice progettazione destinati a proteggere da danni fisici di lieve entità che l'operatore è in grado di valutare e percepire prima di riceverne danno (guanti per la protezione da prodotti di pulizia, scarpe da lavoro, creme barriera, indumenti di protezione dai fenomeni atmosferici, indumenti di protezione dai contatti con oggetti a temperatura non superiore a 50° C ecc.)

Seconda categoria: dispositivi che non rientrano in una delle altre due classificazioni.

Terza categoria: dispositivi di progettazione complessa destinati a proteggere da lesioni gravi, permanenti o morte che l'utilizzatore non è in grado di percepire in tempo, prima che si siano manifestati gli effetti lesivi (apparecchi di protezione delle vie respiratorie, DPI destinati a salvaguardare dalle cadute dall'alto, DPI da utilizzare in ambienti con temperatura non inferiore a 100° C, ecc.).

III – GESTIONE DEI DPI

La gestione dei DPI è regolamentata dal Dlgs 626/94 che stabilisce gli obblighi del datore di lavoro, dei dirigenti e dei preposti e dei lavoratori.



Obblighi del datore di lavoro (art. 4 DPR 547/55, art. 43 Dlgs 626/94)

Il datore di lavoro dopo aver effettuato l'analisi e la valutazione dei rischi individua i DPI che hanno le caratteristiche necessarie per proteggere i lavoratori dai rischi a cui è esposto, scegliendo fra i disponibili sul mercato quelli che meglio rispondono alle esigenze di protezione del lavoratore. Il datore di lavoro quindi:

- fornisce DPI idonei,
- assicura il loro mantenimento in efficienza, e le condizioni d'igiene anche mediante la manutenzione, la riparazione e la sostituzione;
- provvede a fornire istruzioni comprensibili, informa preliminarmente i lavoratori dei rischi dai quali il DPI lo protegge, assicura una adeguata formazione del personale sull'impiego dei DPI e se necessario organizza uno specifico addestramento circa l'uso corretto e l'utilizzo pratico dei DPI.



L'addestramento è indispensabile per ogni DPI classificato di III categoria dal decreto legislativo 475/92 e per tutti i dispositivi di protezione dell'udito.

Obblighi dei dirigenti e preposti (art. 4 DPR 547/55)

I dirigenti e i preposti nell'ambito delle rispettive attribuzioni e competenze:

- informano i lavoratori dei rischi specifici a cui sono esposti
- dispongono, esigono e controllano che i lavoratori osservino le norme di sicurezza e usino i dispositivi di protezione messi a loro disposizione.

Obblighi dei lavoratori (art. 44 Dlgs 626/94)

I lavoratori devono utilizzare i DPI messi a loro disposizione, secondo le informazioni d'uso e secondo quanto appreso nei corsi di formazione e addestramento eventualmente organizzati dal datore di lavoro, ai quali comunque il lavoratore è tenuto a partecipare. Il lavoratore è inoltre tenuto ad usare con cura i DPI di cui dispone, a non apportarvi modifiche, e a segnalare al datore di lavoro i difetti e/o gli inconvenienti riscontrati nei DPI messi a loro disposizione.

IV - INFORMAZIONE, FORMAZIONE E ADESTRAMENTO

I lavoratori devono essere resi edotti sui rischi dai quali i DPI li proteggono, e devono avere a disposizione tutte le informazioni utili al loro utilizzo. La nota informativa che il fabbricante è tenuto rilasciare deve pertanto contenere le istruzioni di

- deposito,
- impiego,
- pulizia e manutenzione,
- disinfezione a cui può essere sottoposto il DPI.

Tale nota deve inoltre contenere le informazioni sulle classi di protezione corrispondenti ai livelli di rischio e i limiti di utilizzazione, nonché la data o il termine di scadenza (se previsto).

In particolare per i DPI, le cui prestazioni diminuiscono notevolmente con il passare del tempo, deve essere prevista una marcatura indelebile con l'indicazione della data di fabbricazione e se è possibile della data di scadenza.

Qualora il fabbricante non sia in grado di determinare a priori la durata di un DPI, deve, nella nota informativa, fornire all'utilizzatore tutte le indicazioni necessarie per la determinazione del termine di scadenza in base alle effettive condizioni di impiego, manutenzione, e pulizia.

Il datore di lavoro deve inoltre provvedere all'organizzazione di corsi di formazione che dovranno essere ripetuti periodicamente.

Per quanto riguarda l'uso dei DPI la norma prevede l'addestramento obbligatorio per quelli di terza categoria (apparecchi di protezione delle vie respiratorie, cinture di sicurezza) e per i protettori dell'udito.



SCHEDA TECNICA N° 20

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE DEGLI ARTI SUPERIORI

I - DESCRIZIONE



Che cosa sono

I Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) degli arti superiori sono dispositivi realizzati per proteggere le mani e/o gli arti superiori da rischi:

- Meccanici (tagli, graffi, abrasioni ecc.);
- Biologici (schizzi, contatto con materiale biologico ecc);
- Fisici (freddo, caldo, radiazioni, tensioni elettriche, ecc);
- Chimici (contatti con prodotti e preparati pericolosi ecc.).

Sono sostanzialmente costituiti da guanti.

Quando si usano

I guanti devono essere impiegati quando i rischi non possono essere evitati o sufficientemente ridotti da misure tecniche di prevenzione, da mezzi di protezione collettiva, da misure, metodi o procedimenti di riorganizzazione del lavoro.

II - CLASSIFICAZIONE DEI GUANTI

I DPI sono regolati da due direttive europee specifiche, che fissano i criteri di costruzione, di progettazione (Dir.Eur. 89/686/CEE e relative modifiche e integrazioni recepite con D.lgs. 475/92 e successive modifiche) e i criteri d'impiego da parte dei lavoratori (Dir.Eur. 89/656/CEE recepite con il D.lgs. 626/94). Nella tabella seguente si riportano le norme tecniche di riferimento per i guanti.

Norme tecniche di riferimento

UNI EN 420	requisiti generali per i guanti
UNI EN 374/1/2/3	guanti di protezione contro prodotti chimici e microrganismi
UNI EN 388	guanti di protezione contro rischi meccanici
UNI EN 407	guanti di protezione contro rischi termici
UNI EN 511	guanti di protezione contro il freddo
UNI EN 60903	guanti di protezione da contatto con parti sotto tensione
UNI EN 381	guanti di protezione per l'utilizzo di seghe a catena comandate a mano
UNI EN 421	guanti di protezione contro le radiazioni ionizzanti e la contaminazione radioattiva
UNI EN 1082/1	indumenti di protezione – guanti proteggi-braccia contro tagli e coltellate causate da coltelli a mano, guanti e proteggi-braccia di maglia metallica



III - CARATTERISTICHE GENERALI

I guanti devono essere progettati secondo le condizioni d'impiego in modo da proteggere il più possibile i lavoratori dai rischi derivanti dall'attività lavorativa.

E' cura del fabbricante, progettare e fabbricare guanti destinati a rischi specifici, mentre è cura del datore di lavoro effettuare una scelta oculata del guanto stesso in modo da ridurre il più possibile i rischi derivanti dall'attività lavorativa.

La scelta deve essere effettuata solo dopo aver accuratamente valutato i rischi derivanti dall'attività svolta dal lavoratore.

I requisiti generali e fondamentali che devono possedere tutti i tipi di guanti destinati alla protezione dai rischi lavorativi sono definiti nella norma UNI EN 420.

In particolare sono definiti i criteri di *realizzazione del guanto*, e i requisiti generali di *innocuità, di ergonomia, di funzionalità e di pulizia*; sono inoltre esplicitate le modalità di marcatura e le informazioni da applicare a tutti i tipi guanti di protezione.

E' molto importante prestare attenzione ai *livelli prestazionali* dei guanti e alla *confortevolezza – ergonomia*. I livelli di prestazione del guanto (LP), definiti per ogni tipo di rischio, sono rappresentati da un numero che indica una particolare categoria o intervallo di prestazione con la quale si vanno a graduare i guanti in base alle prove di laboratorio.

La classificazione è effettuata all'interno di 4, 5 o 6 livelli prestazionali a seconda del tipo di rischio:

- il numero 4, 5 o 6 indica un livello di prestazione più elevato per il rischio in esame
- il livello 0 indica che non sono state effettuate prove oppure che il guanto si trova al di sotto del livello minimo di prestazione ammesso.

La confortevolezza è strettamente legata alle taglie delle mani e dei guanti.

Per le mani sono effettuate due misure:

- circonferenza delle mani
- lunghezza (intesa come distanza tra il polso e l'estremità del dito medio)

Le taglie dei guanti sono definite naturalmente sulla base della misura delle mani che devono indossarli.

Marcatura ed informazioni

Marcatura dei guanti

Su ogni guanto devono essere riportate le seguenti informazioni:

- Nome e marchio commerciale del fabbricante o del rappresentante legale
- Referenza del guanto
- Taglia
- Data di scadenza (se le prestazioni del guanto possono essere fortemente modificate nell'anno successivo alla fabbricazione)
- Marcatura CE secondo la norma

Informazioni sulla confezione

Qualsiasi confezione deve contenere:

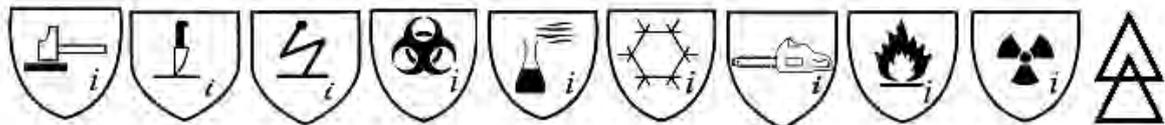
- Nome ed indirizzo del fabbricante o del suo rappresentante legale
- Referenza del guanto
- Taglia
- Data di scadenza se necessaria
- Le informazioni relative alla protezione fornita dal guanto
- Guanti di categoria 1: formula di tipo "solo per rischi minori"
- Guanti delle altre categorie: i pittogrammi relativi alla protezione/applicazione del guanto accompagnato dai livelli di prestazione se esistenti e dal riferimento alla norma.



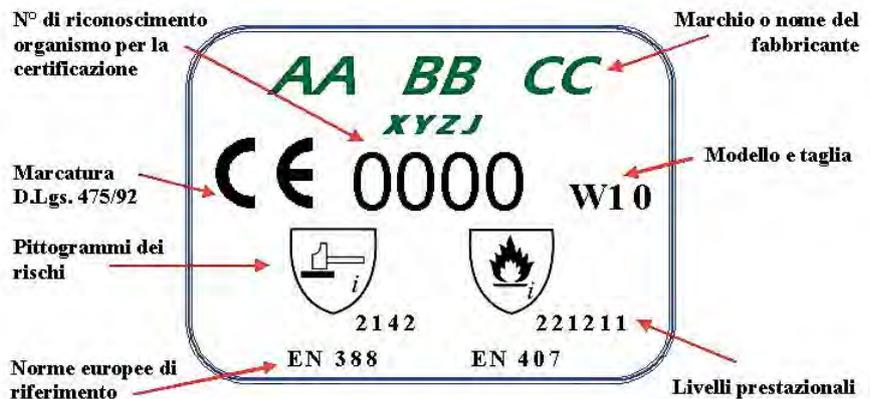
Informazioni fornite dal fabbricante

Oltre alle informazioni relative alla confezione, devono essere forniti:

- nome ed indirizzo del fabbricante o del suo rappresentante legale
- referenza del guanto
- taglie disponibili
- le relative norme specifiche
- i pittogrammi corrispondenti ai rischi o alle applicazioni, quando applicabili, accompagnati dai livelli di prestazione e dalla spiegazione loro attribuita
- lista delle sostanze potenzialmente allergizzanti contenute nel guanto
- modo d'impiego del guanto
- istruzioni per la manutenzione se necessaria, incluse quelle di stoccaggio ed i pittogrammi internazionali di pulizia e numero di lavaggi accettabili.
- livello medio di qualità (indice AQL): è un parametro che riveste grande importanza perché riguarda la percentuale di guanti difettosi presenti in un lotto di produzione.



Esempio di possibile marcatura per guanto di protezione



IV - CRITERI DI SCELTA

La scelta dei DPI, da parte dei datori di lavoro, deve avvenire basandosi sulle indicazioni contenute nel D.lgs. 626/94. E' pertanto necessario effettuare una valutazione dei rischi come previsto nell'art. 4 del D.lgs. 626/94.

Al fine di facilitare lo studio, il decreto fornisce un esempio di schema (allegato III) organizzato in modo da individuare la tipologia del rischio (meccanico, chimico, fisico, ecc.), e le parti del corpo eventualmente interessate da tale rischio. Si procede quindi alla scelta del DPI che si ritiene possa proteggere contro il rischio stesso. La scelta dei guanti deve essere operata in funzione della mansione, delle caratteristiche meccaniche del guanto e in base alla biocompatibilità. Il termine generico "guanti" non è indicativo di un dispositivo di protezione unico, in quanto sono disponibili guanti in materiali diversi e con caratteristiche diverse.





Guanti per la protezione contro il rischio meccanico (UNI EN 388)

V - GUANTI DI PROTEZIONE CONTRO I RISCHI MECCANICI (UNI EN 388)

I guanti devono anzitutto rispettare i requisiti della UNI EN 420. La UNI EN 388 stabilisce i requisiti obbligatori, oltre che prestazionali, che devono possedere i guanti destinati a questa funzione sono:

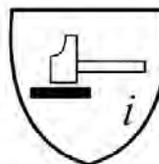
- resistenza all'abrasione (LP da 1 a 4)
- resistenza al taglio (LP da 1 a 5)
- resistenza allo strappo (LP da 1 a 4)
- resistenza alla perforazione (LP da 1 a 4)

Si possono ottenere anche guanti con le seguenti caratteristiche:

- antistaticità (resistività volumetrica in W cm)
- resistenza al taglio da impatto (altezza di caduta: 150 mm - UNI EN 1082/1)

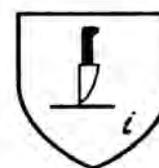
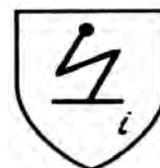
Marcatura

La marcatura del guanto di protezione deve riportare le informazioni contenute nel paragrafo III.



Esempio di pittogramma su guanto per protezione meccanica

3142 (Livelli prestazionali)



Pittogrammi indicanti la protezione contro le cariche elettrostatiche ed il taglio da impatto



Guanti di protezione contro gli agenti chimici e i microrganismi (UNI EN 374/1/2/3)

VI - GUANTI DI PROTEZIONE CONTRO GLI AGENTI CHIMICI E I MICRORGANISMI (UNI EN 374/1/2/3)

La norma fornisce i *requisiti* prestazionali dei guanti sottoposti all'azione degli agenti chimici e biologici. I requisiti menzionati definiscono la *penetrazione* e la *permeazione* di cui bisognerà tener conto quando si procede alla scelta del guanto più adatto.

Per *penetrazione* s'intende quel processo di diffusione di un prodotto chimico e/o di un microrganismo attraverso porosità, linee di saldatura, punti di spillo o altre imperfezioni del guanto di protezione. Questo dato, che varia da 1 a 3, viene indicato attraverso il livello AQL.

Per *permeazione* s'intende il *tempo impiegato* dal prodotto chimico per passare dalla superficie esterna alla superficie interna al guanto; questo valore varia da 1 a 6 in funzione del tempo di passaggio.

Queste informazioni sono riportate sul foglietto informativo predisposto dal fabbricante e allegato al prodotto.

In fase di scelta, oltre al tempo di permeazione, è necessario tenere conto anche del *tasso di permeazione*, che indica le concentrazioni di materiale che attraversano un cm² di materiale in un minuto, e del *livello di degradazione* inteso come il tempo che occorre al materiale per perdere il 30% circa delle sue caratteristiche meccaniche iniziali.

Al fine di facilitare la scelta i produttori forniscono come guida generale il *tempo utile d'uso* del guanto con una sostanza chimica.

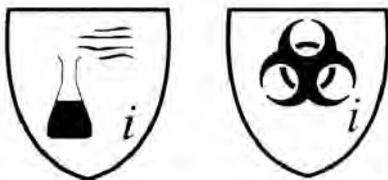
E' un parametro importante perché dà un tempo per l'uso del guanto oltre il quale è opportuno sostituirlo o, verificarne lo stato.

Secondo il tipo di lavorazione è necessario tenere conto del grado di confort che deve possedere il guanto.

Infatti, più sono elevati il livello di protezione e la durata del lavoro, più il DPI deve essere confortevole.

Infine, è importante tenere conto dell'aderenza che può essere *rinforzata*, se si è in contatto con oggetti molto scivolosi e/o taglienti e/o abrasivi, oppure *standard*.

Pittogrammi per guanti indicanti la protezione contro prodotti chimici e microrganismi



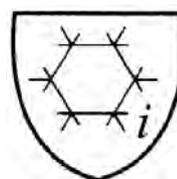
Marchatura

I pittogrammi che devono essere posti sulla confezione, sulla nota informativa oppure sul guanto sono quelli riportati a fianco.

VII - GUANTI DI PROTEZIONE CONTRO IL FREDDO (UNI EN 511)

La norma si applica ai guanti che proteggono le mani dal freddo convettivo e da contatto. L'efficacia della protezione termica contro il freddo e la penetrazione dell'acqua è indicata da un codice di tre cifre, riportato a fianco del pittogramma, che indica:

- resistenza al freddo trasmesso per conduzione (1° carattere da 0 a 4)
- resistenza al freddo trasmesso per contatto (2° carattere da 0 a 4)
- permeabilità all'acqua (3° carattere da 0 ad 1 – il valore 1 sta ad indicare nessuna penetrazione di acqua dopo un intervallo di 30 minuti)



Esempio di pittogramma su guanto per protezione dal freddo

310 (Livelli prestazionali)





a, b - Guanti di protezione contro i rischi termici (UNI EN 407)
c, d - Guanti di protezione contro i rischi del freddo (UNI EN 551)

VIII - GUANTI DI PROTEZIONE CONTRO I RISCHI TERMICI (UNI EN 407)

La norma definisce i metodi di prova, i requisiti generali, i livelli di prestazione termica e marcatura dei guanti di protezione contro il calore e/o fuoco. Si applica a tutti i guanti che proteggono contro il calore e/o fiamme in una o più delle seguenti forme: fuoco, calore per contatto, radiante, convettivo, piccoli spruzzi o grandi proiezioni di metallo fuso. Nel D.Lgs.475/92 questi DPI sono suddivisi in tre categorie in base al grado di rischio:

- categoria I: sono i DPI di progettazione semplice destinati a salvaguardare la persona da rischi di danni fisici di lieve entità, cioè rischi derivanti da contatto o da urti con oggetti caldi, che non espongano ad una temperatura superiore a 50°C;
- categoria II: sono i DPI che espongano a temperature comprese tra i 50°C e i 100°C.
- categoria III: sono i DPI di progettazione complessa destinati a salvaguardare da rischi di morte o da lesioni gravi e di carattere permanente, cioè guanti per attività in ambienti con condizioni equivalenti ad una temperatura d'aria non inferiore a 100°C.

La norma fornisce il comportamento dei materiali è costituito il guanto (livelli prestazionali) e non i livelli di protezione. I livelli prestazionali per ciascuna prova sono indicati nel pittogramma mediante una sequenza di caratteri, ciascuno dei quali indica uno specifico livello prestazionale graduato da 0 a 4. Questi sono costituiti da:

a. resistenza all'infiammabilità:	1° carattere posto sotto il pittogramma
b. resistenza al calore da contatto:	2° carattere
c. resistenza al calore convettivo:	3° carattere
d. resistenza al calore radiante:	4° carattere
e. resistenza a piccoli spruzzi di metallo fuso:	5° carattere
f. resistenza a grandi proiezioni di metallo:	6° carattere.

I guanti di protezione contro rischi termici devono rispettare i requisiti descritti nella norma generale EN 420, e i requisiti di protezione meccanica (abrasione, resistenza allo strappo) come da EN 388.

I guanti di protezione termica, poiché sono classificati come DPI di III categoria (come da D.lgs. 475/92), devono essere sottoposti a controllo annuale presso un organismo notificato. L'uso di questi guanti prevede l'addestramento (vedi scheda n° 9)



Pittogramma indicante la protezione contro i rischi termici

IX - GUANTI DI PROTEZIONE PER L'UTILIZZO DI SEGHE A CATENA COMANDATE A MANO (UNI EN 381)

La norma specifica i requisiti dei guanti per la resistenza al taglio mediante sega a catena. Le seghe a catena sono progettate per l'utilizzo con la mano destra quindi i requisiti dei guanti di protezione sono riferiti ai guanti per la mano sinistra.

La protezione potrebbe non essere adatta per l'utilizzo dell'attrezzatura con la mano sinistra.

La norma prevede due tipi di guanti di protezione: il tipo A e il tipo B, che presentano differenti aree di protezione delle mani. Il tipo A prevede guanti a cinque dita con protezione obbligatoria del metacarpo (il metacarpo è la parte della mano tra il polso e le dita). Se per la mano destra sono richieste protezioni, queste devono essere pari a quelle per la mano sinistra. Il tipo B riguarda guanti o manopole (guanto che copre il dorso e il palmo della mano, con il pollice e l'indice entrambi separati, e una copertura unica per le altre dita) con protezione di tutto il dorso della mano compreso il dorso di tutte le dita, escluso il pollice.

A seconda della velocità della sega a catena i guanti vengono raggruppati in 4 classi di protezione.



classe 0	classe 1	classe 2	classe 3
16 m/s	20 m/s	24 m/s	28 m/s

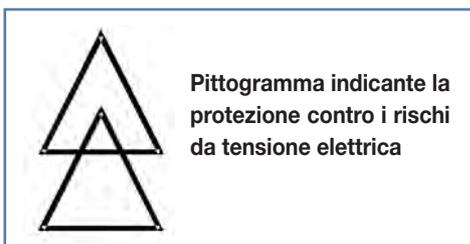
X - GUANTI DI PROTEZIONE ISOLANTI PER LAVORI SOTTO TENSIONE (UNI EN 60903)

La norma UNI EN 60903 prevede, sulla base della differente tensione di utilizzo, 6 classi di protezione determinate in funzione delle tensioni di prova in corrente continua e alternata.

La classe di appartenenza del guanto viene indicata a fianco della marcatura, unitamente alla categoria. La tensione di utilizzo è indicata dal produttore.

Tutti i guanti, qualunque sia la loro classe, devono essere assolutamente verificati 6

Classi di protezione previste dalla norma UNI EN 60903		
Classe	Tensione di prova in C.C.	Tensione di prova in C.A.
00	2500 V	4000 V
0	5000 V	10000 V
1	10000 V	20000 V
2	20000 V	30000 V
3	30000 V	40000 V
4	40000 V	50000 V



mesi dopo la data di fabbricazione apposta su di essi (guanti utilizzati o immagazzinati). Per queste verifiche, i guanti devono essere rinviati al fabbricante.

Trascorsi 6 mesi, essi sono considerati come scaduti di validità ed è possibile utilizzarli solo se le verifiche semestrali sono state superate con successo.





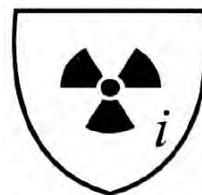
Guanti di protezione per l'utilizzo di seghe a catena comandate a mano (UNI EN 381)



Guanti di protezione isolanti per lavori sotto tensione (UNI EN 60903)

XI - GUANTI DI PROTEZIONE CONTRO LE RADIAZIONI IONIZZANTI E LA CONTAMINAZIONE RADIOATTIVA (UNI EN 421)

Questa norma stabilisce i requisiti e i metodi di prova dei guanti per la protezione da radiazioni ionizzanti e contaminazione radioattiva. I guanti devono rispondere sia alla norma tecnica EN 421 (per la protezione dalla contaminazione, l'efficienza di attenuazione e l'uniformità di distribuzione del materiale da protezione) che agli standard stabiliti dalla norma EN 374.



Esempio di pittogramma su guanto per protezione da radiazioni ionizzanti e contaminazione radioattiva



Guanti per la protezione contro il rischio da radiazioni ionizzanti (UNI EN 421)

La capacità del materiale del guanto di:

- assorbire le radiazioni in genere viene indicata come spessore equivalente di piombo (in mm variabili da 0 a 0,5);
- resistere alle cricature da ozono, viene indicata con un parametro variabile da 1 a 4 (che indica la resistenza all'invecchiamento del materiale se soggetto a radiazione ionizzante);
- impermeabilità all'acqua o al suo vapore, viene indicata con un parametro che va da 1 a 5.

XII - INFORMAZIONE, FORMAZIONE E ADDESTRAMENTO

Per le informazioni relative questo argomento si rinvia a quanto già detto nella scheda n° 9.

*Servizio Prevenzione e Protezione dell'Azienda Ospedaliera di Bologna, Policlinico S. Orsola Malpighi

** Servizio Prevenzione e Protezione Azienda USL - città di Bologna

Segue nel prossimo numero

200%

Capacità di Carico

50% Consumi Energetici

Nuova AF2X

La nuova macchina di lavaggio e disinfezione **AF2X SVUOTA** lava e disinfetta **AUTOMATICAMENTE 2 PADELLE + 2 PAPPAGALLI** in un unico ciclo!

AF2X è stata studiata per ridurre i consumi al fine di abbattere notevolmente i costi di gestione, per risparmiare tempo e rispondere alle Norme Europee.



Miglioriamo la tecnologia per aiutare il tuo lavoro



0123



AT-OS S.r.l. • Viale del Lavoro, 19
37030 Colognola ai Colli • (Verona) • Italy
tel. ++39 045 615 94 11
fax ++39 045 615 94 22
info@at-os.com • www.at-os.com



American Laundry Ospedaliera

I NOSTRI SERVIZI

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

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



www.americanlaundry.it | info@americanlaundry.it

VIA CIRCUMVALLAZIONE ESTERNA TRAVERSA PRIVATA LETTIERI | 80017 MELITO [NA] | TELEFONO 081 701 15 33 PBX | FAX 081 701 30 95

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

O RIZZONTI

PRODOTTI PER LAVANDERIA: L'ACCREDITAMENTO AFNOR

Sepca propone i suoi prodotti per la lavanderia, accreditati AFNOR, ente francese di standardizzazione. E' il caso di vederci un po' più chiaro. Che cosa c'è dietro un accreditamento secondo le normative AFNOR? Che cosa significa che un prodotto è stato testato da un laboratorio che opera secondo tali normative? Si parla delle normative che regolano la qualità microbiologica dei tessuti che vengono trattati in lavanderia. Per il professionista che si occupa di questo settore e per i loro clienti è importante ottenere sui tessuti che utilizzano l'eliminazione dei microrganismi. Non tutti i prodotti garantiscono questo risultato.

AFNOR è un'associazione francese di standardizzazione che opera con il compito di vigilare il sistema normativo nazionale, ma che partecipa anche ai lavori internazionali di standardizzazione. E' conosciuto come ente particolarmente severo nelle verifiche dell'applicazione delle norme. La norma AFNOR G07-172 del giugno 2003 sorveglia proprio i tessuti trattati in lavanderia, stabilendo la capacità o meno di un prodotto di ottenere una decontaminazione microbiologica dei tessuti lavati. A questo punto risulta chiaro che l'aver ottenuto certificazione per dei prodotti secondo tale normativa è un indice di grande qualità e di un'eccellente ricerca che porta tali prodotti all'attenzione di quanti hanno la necessità di ottenere una decontaminazione biologica: proprio per quei tessuti che vengono utilizzati negli ambienti (aziende sanitarie e comunità) dove il rischio di contagio è maggiore.

sepca@sepca.it
www.sepca.it



ASSISTENZA SU MISURA

È questa la promessa di Maxi Move, il sollevatore mobile passivo adatto a tutti gli ambienti di cura.

ARJO ha a cuore la qualità di vita dei pazienti nonché la salute degli operatori e, grazie ad una comprovata esperienza in sollevatori mobili ergonomici e di intuitivo utilizzo, ha messo a punto una soluzione flessibile per il sollevamento ed il trasferimento passivo di assistiti in tutti gli ambienti di cura che, al contempo, salvaguarda il personale dai rischi associati a procedure manuali: Maxi Move. Concepito secondo un approccio modulare che permette una configurazione personalizzata con le caratteristiche, gli accessori e il grado di flessibilità necessario per i pazienti, Maxi Move è l'unico sollevatore mobile passivo ad essere ugualmente adatto ai trasferimenti di routine nei centri d'assistenza per anziani, ai sollevamenti da supino dei pazienti nei reparti intensivi e ai trasferimenti su motocarrozine voluminose in centri di cure speciali. Tra le novità per un sollevatore mobile passivo: il Sistema di Stabilità Verticale (SVS), che garantisce trasferimenti sicuri e confortevoli, il Sistema di Posizionamento Dinamico (DPS) controllato elettricamente tramite una pulsantiera di comando, che permette all'assistente di posizionare e riposizionare l'assistito riducendo al minimo lo sforzo fisico, la barra barelle che non necessita di utilizzo dispositivi per la ricerca della stabilità consentendo all'operatore di operare in tutta sicurezza e concentrarsi sull'assistente.

promo@arjo.it - www.arjo.com/it

**...LA NUOVA LAVAENDOSCOPI A
"PROVA DI ERRORE" !!!**

LATO SPORCO



LATO PULITO



**..."TOLLERANZA ZERO" nei confronti delle
contaminazioni incrociate!**

Non una semplice macchina ma un sistema completo rapido ed affidabile per garantire il massimo controllo delle infezioni nel trattamento degli endoscopi.

ONE HUNDRED YEARS



GETINGE

Getinge S.p.A.
Via dei Buonvisi, 61/d
00148 Roma
Tel.: +39 06 65663 1
Fax: +39 06 65663203
E-mail: info@getinge.it
www.getinge.com/it

ASPIRATORI CHIRURGICI
PROFESSIONALI, ROBUSTI,
ESENTI DA MANUTENZIONE
PER OGNI SPECIALITA' MEDICO CHIRURGICA



Ostetricia
Ginecologia

Gastrico
Toracico



Ambulatorio
Corsie
Reparti

Chirurgia
Generale
Estetica



Corsia
Domiciliare

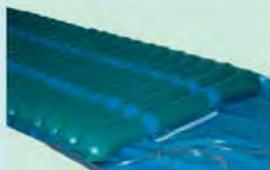
Emergenza
(Con batteria interna)



COMETE s.a.s.
 COSTRUZIONI MEDICALI TERAPEUTICHE

AUSILI ANTIDECUBITO

MATERASSI CUSCINI



AD ARIA, ACQUA,
 ISOELASTICI, VENTILATI, GEL



Via Monza, 132 20047 BRUGHERIO (MI)
 tel. +39 039 878505 Fax +39 039 5962480
 www.cometemedicali.it e-mail: info@cometemedicali.it

ORIZZONTI

**AIR DUCT RENEWAL
 SYSTEM SANIFICA LE CONDOTTE
 DELL'ARIA**



Il richiamo legislativo volto a garantire una buona qualità dell'aria negli ambienti confinati evidenzia la necessità di verificare ed assicurare l'igiene e la salubrità delle condotte per il trasporto dell'aria negli impianti di ventilazione, riscaldamento e condizionamento. I depositi di polvere presenti all'interno delle condotte costituiscono un ambiente ideale per la proliferazione di batteri, funghi e muffe, al punto che una rete aerea inadeguatamente mantenuta diviene sorgente e veicolo di diffusione di agenti contaminanti. Re.Nova srl ha brevettato "Air Duct Renewal System", un sistema che permette di sanificare e di recuperare le condotte dell'aria rinnovando la superficie interna dei canali. Tale trattamento può essere impiegato per rigenerare condotte rigide e flessibili, a sezione circolare e quadrangolari, realizzate in materiale metallico o plastico. Inoltre, Air Duct Renewal System può essere impiegato con successo anche nella rigenerazione di canali rivestiti con materiali fono e termo isolanti, laddove le tecniche di pulizia per strofinio o lavaggio ad aria compressa trovano maggiori difficoltà di applicazione. Con tale tecnologia le pareti interne sono rivestite mediante la deposizione turbolenta controllata di aerosol polimerici ristrutturanti ad azione battericida e fungicida. La turbolenza controllata indotta nella portata d'aria che veicola l'aerosol polimerico garantisce il totale rivestimento delle superfici interne dei canali. Il rivestimento polimerico esplica un'azione protettiva nei confronti dei materiali rivestiti esibendo proprietà anticorrosive nei confronti dei materiali acciai. I supporti fibrosi e spugnosi sono consolidati e rinforzati grazie alle capacità ristrutturanti della resina. La procedura d'esecuzione è sicura ed efficace, non provoca il sollevamento e la dispersione delle polveri e degli inquinanti presenti all'interno di condotti sporchi, scongiurando in tal modo il rischio di contaminazione degli ambienti. L'intervento, inoltre, è da considerarsi poco invasivo e assolutamente silenzioso: la tecnologia, infatti, non prevede organi in movimento da introdurre entro le condotte dell'impianto. Grazie alla simulazione al calcolatore della dinamica di deposizione dell'aerosol è possibile ottimizzare i singoli processi del trattamento e calcolarne i tempi di esecuzione, in modo tale da prevedere il piano di bonifica. Le competenze acquisite dai nostri tecnici in materia di contaminazione microbiologica e le sofisticate apparecchiature in nostro possesso ci permettono, inoltre, di offrire ai nostri clienti un servizio di consulenza volto a definire con certezza il livello di contaminazione di una rete aerea e le possibili soluzioni da adottare per risolvere qualsiasi tipo di problematica eventualmente riscontrata, il tutto in conformità con la normativa vigente. Le attività di indagine praticate sono: videoispezione di porzioni significative di rete aerea, conta gravimetrica delle polveri depositate, analisi microbiologica di superficie.

info@renovaitaly.com - www.renovaitaly.com

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
- minimi dispositivi di protezione individuale
- disinfetta ad alto livello superfici ed attrezzature
- virucida
- battericida
- fungicida
- MRSA-cida
- veloce e sicuro
- deterzione e disinfezione one-step
- indicatore di efficacia
- disinfetta stoviglie e biancheria
- decontamina l'aria



PERASAFE

Sterilizzante a freddo per strumentario efficace in 10 minuti

- senza aldeidi
- sicuro per gli operatori
- rispetta l'ambiente
- minimi dispositivi di protezione individuale
- nessun costo per l'aspirazione dei fumi
- prelavaggio enzimatico non richiesto
- sterilizzazione - 10 minuti
- decontaminazione - 5 minuti
- sporicida
- tubercolicida
- virucida
- battericida
- fungicida
- compatibilità certificata



LEADERS IN BIOSECURITY

human health

BIOSEC
ITALIA

Importatore e Rappresentante Legale per l'Italia: BIOSEC ITALIA S.r.l. via A. Canova, 11 31057 - SILEA (TV)

Tel: 0422 460098 Fax: 0422 461019 E-mail: info@biossecitalia.it website: www.biossecitalia.it



QUANDO I MINUTI... VALGONO UNA VITA

Leggero, sicuro, veloce, semplice, affidabile. Ecco, in sintesi, il profilo di SamaritanPad - Heart-Sine di Ilec, defibrillatore

semiautomatico che aiuta il soccorritore ed il privato, tramite segnali acustici, fino all'arrivo dei soccorsi. I casi di arresto cardiaco improvviso, infatti, sono numerosi, e si possono verificare ovunque e in qualsiasi momento: basti pensare che, giorno dopo giorno, in tutto il mondo muoiono circa tre persone al minuto per arresto cardiaco. E ci sono in media solo cinque minuti di tempo per erogare lo shock elettrico salvavita! Ecco perché i primi minuti dopo la sincope sono decisivi per la sopravvivenza o il decesso della persona colpita. In questi casi, salvare più vite è possibile.

info@ilec.it - www.ilec.it

UNA NUOVA GENERAZIONE DI TESSUTI RIUTILIZZABILI

La normativa europea EN 13795, ormai approvata nella sua integralità, è divenuta un importante punto di riferimento per l'impiego dei Dispositivi Medici Non Attivi in Camera Operatoria. Tale normativa, che ha lo scopo di assicurare maggiore protezione ai pazienti e agli operatori sanitari, ha indotto la Standard Textile a sviluppare la ricerca di nuovi tessuti riutilizzabili ad alta tecnologia che fossero in grado di rispettare ed eccedere i limiti di legge, contenendo i costi e rispettando l'ambiente. E' così che sono stati sviluppati tessuti riutilizzabili come ComPel (Microfibra), per la Protezione Standard, e Combo-Safe e Barricada (Trilaminati) per la Protezione Alta, che mantengono le loro caratteristiche costanti nel tempo: resistenza al passaggio dei liquidi fino a 200 cm di colonna d'acqua, nessun passaggio di virus e batteri, rilascio di particelle praticamente nullo, ecc.. In concomitanza, le aziende di processo hanno sviluppato ulteriormente le loro strutture ed hanno messo in atto processi di eccellenza per il controllo sull'intero ciclo produttivo, tanto da essere in grado di garantire costantemente rintracciabilità dei capi ed identificazione documentata dei processi di lavaggio e sterilizzazione.

*infovip@vipmedical.it
www.vipmedical.it*



For now?

Preparatevi ad un viaggio spazio-temporale.

Che cosa sappiamo veramente del futuro? Niente, direte voi. Noi, invece, di una cosa siamo certi: tutto sarà diverso, tutto cambierà. Anche nel settore delle pulizie professionali. Gli appalti sono sempre più brevi, le richieste sempre più ambiziose.

Un'altra cosa è certa. Se il business dovesse cambiare, dovrete avere la possibilità di adattarvi rapidamente alle nuove esigenze.

Con questo obiettivo, abbiamo creato la nuova linea di carrelli Vileda Origo. Il centro di un sistema completo di pulizia che può essere facilmente e perfettamente personalizzato secondo le vostre specifiche necessità. E che potrà successivamente essere ripersonalizzato al mutare delle vostre esigenze. E sappiamo che cambieranno.

www.vileda.it

FHP di R. Freudenberg s.a.s. - Divisione Professional - Viale Monza, 38 - 20127 Milano - Tel. 02.2886.1 - Fax 02.26821780



vileda
PROFESSIONAL

Forever.



The Origo Line. Right now. Right tomorrow.

Gke

STERILIZZAZIONE

SENZA COMPROMESSI

Compact-PCD®



Test di Bowie-Dick



Sistema di controllo del lotto

gke

specialista nei metodi di sterilizzazione, validazione e monitoraggio.

Distributore: Medix Italia s.r.l., Via Santa Teresa n. 3, 10121 Torino, medixitalia@virgilio.it
Tel. 011 5185259, Fax 011 4407156

ilec il Vostro partner
competente per le soluzioni
personalizzate

La competenza è il
nostro punto di forza.

BLANCO Div. Med



BLANCO tecnica medica



DISTRIBUTORE ESCLUSIVO ITALIA

ilec
KRANKENHAUSBEDARF UND EINRICHTUNG
FURNITURE E ARREDO OSPEDALIERO

I-39010 Cermes (BZ)
Tel. 0473 564680
Fax 0473 563809
e-mail: info@ilec.it
www.ilec.it

ORIZZONTI

TERMODISINFETTORE PER CARRELLI, CONTAINERS E PRESIDI DI GRANDI DIMENSIONI: QUALITÀ ED EFFICIENZA QUOTIDIANE

La serie GETINGE 9100 è il risultato dell'evoluzione tecnologica. Le soluzioni per garantire igiene ed ergonomia si combinano con una tecnologia in grado di assicurare alti livelli di controllo e sicurezza.

Questa serie presenta alcune nuove caratteristiche che consentono di risparmiare molto tempo! Il tempo di lavorazione è di soli 15 minuti e tutti i tipi di oggetti voluminosi possono essere sistemati in un'unica macchina. I segreti alla base del risparmio di tempo sono fondamentalmente tre: elevata potenza di riscaldamento, sistema di lavaggio con ugelli oscillanti posizionati sulle pareti laterali, asciugatura veloce.

*Il design e le soluzioni innovative della nuova serie 9100 sono state studiate per incontrare le esigenze dei clienti. **Le porte automatiche in vetro temperato** sono una soluzione salva-spazio che consente di ispezionare visivamente il processo.*

*Il **sistema di lavaggio con ugelli oscillanti posizionati sulle pareti laterali** assicura risultati eccellenti poiché i getti d'acqua possono raggiungere sia l'interno che l'esterno di tutti i tipi di oggetti voluminosi.*

La base inclinabile all'interno della macchina facilita l'asciugatura degli oggetti trattati.

Il particolare design della vasca di raccolta e dei serbatoi consentono un ridottissimo consumo d'acqua. Ne conseguono un ridotto consumo di detergente e tempi di riscaldamento ridotti. Inoltre l'eventuale fossa d'installazione può essere di profondità minima (15 cm).

*Il **nuovo sistema di controllo PACS 3000** con numerose funzioni che garantiscono un elevato livello di sicurezza e opzioni per il monitoraggio che si traducono in risultati di massima efficienza.*

*La serie Getinge 9100 assicura pulizia e disinfezione eccellenti, come confermato dalla conformità a tutte le normative e tutti gli standard pertinenti, compresa la normativa **EN/ISO 15883**. I termodisinfettori sono dotati di superfici completamente lisce che permettono una pulizia accurata senza il rischio di residui di sporco.*

info@getinge.it -
www.getinge.com/it



Sistema **3P**Hospital

Per un'igiene full optional
tutti i giorni

Unità mobili dal design ergonomico adattabili alle diverse esigenze di pulizia ed alle caratteristiche dei singoli operatori.

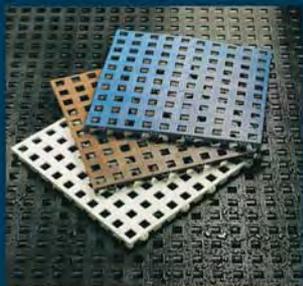
Una selezione di prodotti di alta qualità e strumenti innovativi per semplificare le procedure d'intervento aumentandone le prestazioni e riducendone i consumi.

Il supporto di personale tecnico specializzato nell'offrire assistenza per soddisfare ogni vostra esigenza d'igiene professionale.



Dall'esperienza DIERRE, un sistema completo ed efficace studiato per ottimizzare la pratica dell'igiene nelle strutture sanitarie.





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 Germanica 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 Azienda Certificata Iso 9001

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 (immunodepressi), 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

IL SISTEMA VILEDA SWEP NELL'AZIENDA OSPEDALIERA SENESE

Grande attenzione verso una delle aziende ospedaliere di riferimento in Italia per l'introduzione di un sistema di pulizia capace di assicurare la massima igiene degli ambienti: si tratta infatti dell'innovativo sistema Vileda Swep che, grazie alla pre-impregnazione di mop e panni per la spolveratura ed all'utilizzo di materiali altamente funzionali e di qualità superiore, è in grado di garantire un grado di pulizia ai più alti livelli.

Il sistema, già testato nell'Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio (VA), presso l'Ospedale di Saronno, che ha prodotto anche una esaustiva valutazione empirica sulla capacità di decontaminazione, è stato sperimentato da Vileda nell'Azienda Senese ed introdotto da Colser nel nuovo piano di pulizia ospedaliero, partito il primo di agosto 2007.

Per curare la partenza del nuovo sistema, Magris Group come gruppo distributivo e Vileda sono stati partner strategici per Colser per la realizzazione di questo importante progetto.

www.magrisplanet.it



PADANA EVEREST

detergenza tessile



Noleggio Biancheria

Noleggio Abiti Sanitari

Noleggio set sterili per uso chirurgico in tessuti
“Tecnici Riutilizzabili” €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



LA DISINFEZIONE DELLE MANI

Lo sterilizzatore "Igenyplus" di Martik permette di disinfettare le mani tramite la nebulizzazione di una sostanza alcolica, che evapora in pochi secondi.

Viene utilizzato in tutte le situazioni in cui è necessario ottenere rapidamente una protezione assoluta da germi e batteri.

E' impiegato dal personale di industrie alimentari, chimiche e farmaceutiche, oltre che da staff di medici in laboratori di ricerca e università. La Martik propone due modelli: il primo con carter in acciaio inox da fissare a parete con funzionamento elettrico o pneumatico; il secondo con carter in plastica da tavolo con alimentazione a batteria ricaricabile. L'uso è molto semplice: l'introduzione delle mani nel vano aziona una cellula fotosensibile che innesta il rapido processo di nebulizzazione del-

la soluzione antibatterica sulla cute. Igenyplus può essere inserito sul corridoio igienizzante, ovvero una stazione di sosta per la pulizia delle suole ed igienizzazione delle calzature. Questo corridoio viene impiegato all'entrata/uscita dei reparti, in particolare, nelle cucine ed ambienti in cui avviene la manipolazione di alimenti, allo scopo di evitare la contaminazione microbica proveniente dall'ambiente esterno.

Inoltre, per i locali con maggior rischio infettivo è disponibile una postazione d'igiene totale della persona attraverso l'impiego di docce d'aria decontaminante.

La Martik Srl si è specializzata per offrire diverse soluzioni di disinfezione al fine di assolvere le esigenze di igiene e controllare "i punti critici" delle diverse realtà lavorative.



info@martik.it - www.martik.it

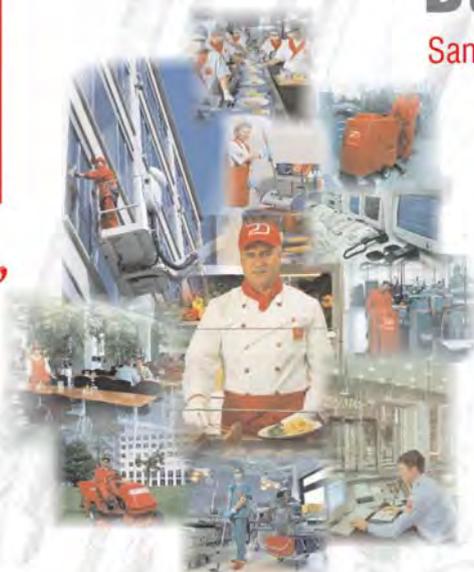


Dussmann-Service

*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

STERILIZZAZIONE SENZA COMPROMESSI

Gli interventi di chirurgia mini-invasiva sono in costante aumento con conseguente notevole riduzione dei tempi di ricovero ospedaliero. Gli ospedali utilizzano più del 30% degli strumenti per la chirurgia mini-invasiva. Questi strumenti sono essenzialmente cavi e dotati di un lume e pertanto sono più difficili da pulire e da sterilizzare rispetto a quelli tradizionali. Il processo di sterilizzazione deve ovviamente essere in grado di sterilizzare anche le superfici interne dei lumi. Se la sterilizzatrice non rimuove l'aria dai lumi prima dell'immissione del vapore, il vapore non può penetrare all'interno dei lumi e non può sterilizzarne le superfici interne. Se la sterilizzatrice rimuove correttamente l'aria dai lumi, ma successivamente arriva

nell'autoclave un vapore non saturo, contenente aria o altri gas non condensabili, l'aria e i gas non condensabili penetrano all'interno dei lumi



È STERILE?

miscelati con il vapore. Il vapore penetra all'interno dei lumi alla temperatura di 121° C o 134 ° C e va a toccare e a riscaldare la parete interna dei lumi dove c'è una temperatura tra i 20° C e i 30° C (temperatura ambientale). La differenza di temperatura fa sì che il vapore si trasformi in condensa. A questo punto l'aria e gli altri gas non condensabili miscelati con il vapore sono ormai slegati dal vapore che si è trasformato in condensa e pertanto tendono ad aggregarsi ed a formare delle bolle. Sono sufficienti micro-quantità di aria o altri gas non condensabili per inattivare la sterilizzazione all'interno dei lumi. Di conseguenza, anche se l'autoclave raggiunge correttamente i parametri di tempo, temperatura e pressione, il processo di sterilizzazione all'interno dei lumi non viene eseguito in modo appropriato. Gli indicatori chimici e biologici possono soltanto monitorare le condizioni per la sterilizzazione sulle superfici

dove vengono collocati. Tuttavia, essi non possono essere posizionati nelle aree più critiche all'interno degli strumenti cavi. Nei processi di sterilizzazione a vapore le condizioni di penetrazione del vapore possono variare da ciclo a ciclo senza preavviso, influenzate dal cambiamento delle condizioni di rimozione dell'aria, perdite o gas non condensabili nel vapore. Il solo modo per monitorare i processi di sterilizzazione a vapore all'interno degli strumenti cavi è di simulare questi strumenti con un dispositivo-test dotato delle stesse caratteristiche di penetrazione del vapore che ha l'originale strumento per la chirurgia mini-invasiva. Questo dispositivo viene chiamato dispositivo di prova del processo (PCD = Process challenge device). All'interno del dispositivo (PCD), laddove si verificano le condizioni più critiche di penetrazione del vapore,

viene collocato un indicatore chimico che controlla la penetrazione del vapore nella situazione più difficile. Quando l'indicatore vira positivamente in conformità alle istruzioni del produttore, l'intero lotto può essere rilasciato alla fine del processo di sterilizzazione. Il dispositivo (PCD) rende inoltre superfluo l'impiego dei singoli indicatori / integratori chimici inseriti nei pacchi, containers ecc. La nuova norma per i processi di sterilizzazione a vapore EN ISO 17665-1 richiede per la validazione ed il monitoraggio di routine l'impiego di PCD per monitorare le più difficili condizioni di sterilizzazione. Per monitorare e validare la sterilizzazione degli strumenti per la chirurgia mini-invasiva attualmente non esiste altro modo per verificarne la sterilità all'interno degli strumenti cavi. GKE, un sistema di sterilizzazione sicuro, efficace e senza compromessi distribuito da Medix Italia srl, può al momento fornire correttamente questo sistema di monitoraggio.

medixitalia@virgilio.it



Porte automatiche
PSE

sistema ermetico
certificato in Italia per
chiusure in ambienti
ospedalieri



La porta Ponzi Hermetica PSE, apparecchiatura biomedicale, è l'ultima certificata per la chiusura dei comparti operatori, risolve perfettamente ogni problema in ambiente di asepsi, igiene e resiste alla pulizia da disinfettanti. È realizzata su misure del cliente, nella classe a tenuta ermetica sui quattro lati perimetrali. Il movimento di scorrimento dell'anta di apertura e chiusura, è verticale ed orizzontale e garantisce la perfetta tenuta acustica e all'aria.



PORTE OSPEDALIERE

MILANO
02 8394231
PESCARA
085 4483020
ROMA
06 88566005

BAGNARA - RA

☎ 0545 76009
fax 0545 76827

www.ponzi-in.it

UN POKER DI QUALITA'... IN SANITA'



La Giavazzi srl di Peschiera Borromeo (Milano) propone al mercato della sanità le sue soluzioni funzionali, agili e resistenti. Si tratta di una famiglia di carrelli studiati per rispondere alle esigenze tecniche e di impiego nei servizi sanitari più esigenti, e allo stesso tempo eleganti e di raffinata realizzazione. Come a dire: quando l'eleganza sposa alla perfezione i criteri di funzionalità. I modelli sono personalizzabili a seconda delle esigenze del cliente, mediante allestimento a richiesta per diverse operazioni all'ordine del giorno in ambiente sanitario, quali:

- Cura e Visita
- Anestesia
- Emergenza
- Gestione medicinali



Le caratteristiche di resistenza e robustezza ne fanno la scelta ideale: tra le specifiche tecniche sono da ricordare: base rigida con protezioni antiurto; struttura principale in profilato estruso di alluminio con elevata resistenza; pareti laterali in acciaio INOX AISI 304, cassette di varie dimensioni su guide metalliche e con chiusure centralizzate; piano superiore di lavoro in materiale plastico antigraffio con maniglie di spinta ergonomiche per una facile manovrabilità.

giavazzi@giavazzi.it

DA TRENT'ANNI ALL'AVANGUARDIA

COMETE s.a.s nel 2007 porta a compimento 10 anni di attività nella progettazione, costruzione e vendita di aspiratori chirurgici Serie "MOBINOX". Questa serie di apparecchi è stata distribuita per oltre 30 anni sotto altre marche. La Serie "MOBINOX", per la sua struttura in acciaio inox e per alcuni accorgimenti tecnici è all'avanguardia nel suo campo applicativo. Per queste caratteristiche è stata ben recepita dalle Aziende che operano nel settore "chiavi in mano", anche per le quotazioni favorevoli. Da segnalare il modello ES 2 dotato di dispositivo AC1. (vedi foto).



Questo aspiratore ha due possibili tipi di funzionamento: elettrico o con impianto di vuoto centralizzato, per sopperire a eventuali sospensioni di uno dei due servizi (sospensione della corrente elettrica o carenza di potenza dell'impianto di vuoto centralizzato), particolarmente adatto ad un uso di emergenza. Avendo un ufficio progettazione e sviluppo, COMETE s.a.s. è anche in grado di realizzare soluzioni particolari su richiesta del Cliente, sia nel campo aspiratori chirurgici elettrici che in quelli per l'utilizzo del vuoto centralizzato. Tra le caratteristiche tecniche importanti abbiamo: la pompa a membrana esente da manutenzione; filtro antibatterico e vaso di espansione (vasetto intermedio di sicurezza e protezione dell'impianto di vuoto); vaso di raccolta liquidi completo di valvola di troppo pieno; supporto per vasi regolabile che permette l'alloggiamento di vasi da lt. 1 fino a lt. 5; provettone in vetro pirex porta sondini. Vogliamo sottolineare che la struttura in acciaio inox rende la superficie perfettamente pulibile e sanificabile. Tutti gli aspiratori delle Serie "MOBINOX" sono costruiti secondo le normative vigenti e sono stati certificati dall'ente IMQ. COMETE s.a.s. si occupa anche di una seconda linea produttiva, quella dei Sistemi Antidecubito.

info@cometemedicali.it
www.cometemedicali.it

SANIVAP, L'EVOLUZIONE EFFICIENTE NEL PROTOCOLLO DEL CLEANING



Ospedali, cliniche, case di cura, sono ambienti in cui è particolarmente avvertita la necessità di trovare soluzioni efficaci per la prevenzione dei rischi connessi all'igiene. Quotidianamente, infatti, occorre assicurare la tutela e il confort dei pazienti, il rispetto dell'ambiente, la qualità delle condizioni di lavoro degli operatori che si occupano della pulizia e della sanificazione. Pulizia approfondita, disinfezione, produttività, ecologia, economia compatibile con i risultati attesi: questi gli obiettivi principali dei professionisti cui è demandato il compito di assicurare le condizioni di igiene ottimale negli ambienti ospedalieri. In sanità non si può sbagliare. Per rispondere a queste esigenze, IPC - Integrated Professional Cleaning, nella sua costante ricerca di reali soluzioni per il cleaning, ha messo a punto un metodo innovativo di pulizia e disinfezione mediante l'uso del vapore saturo, studiato specificatamente per gli ambienti sanitari. Sperimentato in Francia, attraverso un rapporto di partnership con la consociata francese SaniVap, il metodo IPC viene ormai utilizzato come strumento di pulizia, disinfezione e sanificazione nella maggior parte degli ospedali francesi. Il metodo IPC Sanivap, oltre ad avere ottenuto l'approvazione incondizionata sia degli operatori, sia delle strutture interessate, è stato validato dall'Istituto Biotech Germande, di Marsiglia, che ha confermato la maggiore efficacia dell'utilizzo del vapore rispetto ai sistemi di pulizia e sanificazione tradizionali. Oggetto di dibattito al Congresso della Società Francese di Igiene Ospedaliera, il metodo IPC SaniVap si è confermato come il sistema più efficiente per qualsiasi ambito di utilizzo in campo sanitario. Il metodo IPC SaniVap utilizza il vapore saturo ad alte temperature (150°C) e a pressione costante (5 bar), che ha alto potere detergente e distrugge, mediante azione termica, i batteri e ogni altro agente patogeno.

L'azione sanificante del vapore non richiede l'utilizzo di prodotti chimici, il che comporta ulteriori vantaggi, in termini di economia e di ecologia. La macchina messa a punto da IPC è ergonomica e dotata di accessori brevettati che ne facilitano al massimo l'utilizzo e ne moltiplicano le potenzialità. IPC presenterà il metodo SaniVap il 21 settembre al 33° Congresso Nazionale ANMDO, nel corso di una conferenza dal titolo "Metodi innovativi di pulizia e disinfezione mediante l'uso del vapore nelle strutture della Sanità francese", con le testimonianze di L. Pinneau, Consulente del Ministero della Sanità Francese e Direttore del Laboratorio Biotech Germande di Marsiglia, Z. Goni, Responsabile Igiene dell'Ospedale di Bordeaux e M. Maralet, Responsabile di Neonatologia dell'ospedale di Grenoble.

L'azione sanificante del vapore non richiede l'utilizzo di prodotti chimici, il che comporta ulteriori vantaggi, in termini di economia e di ecologia. La macchina messa a punto da IPC è ergonomica e dotata di accessori brevettati che ne facilitano al massimo l'utilizzo e ne moltiplicano le potenzialità. IPC presenterà il metodo SaniVap il 21 settembre al 33° Congresso Nazionale ANMDO, nel corso di una conferenza dal titolo "Metodi innovativi di pulizia e disinfezione mediante l'uso del vapore nelle strutture della Sanità francese", con le testimonianze di L. Pinneau, Consulente del Ministero della Sanità Francese e Direttore del Laboratorio Biotech Germande di Marsiglia, Z. Goni, Responsabile Igiene dell'Ospedale di Bordeaux e M. Maralet, Responsabile di Neonatologia dell'ospedale di Grenoble.



www.ipcleaning.it

*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



EQUIPE



Fiera Berlino
18.9. - 21.9.2007
Verdecel
Faldgässer A.2.
Stand n° 111

Modularità

50% di spazio in più

Individualità

Personalizzazione del Design

Ergonomia

In tutti i dettagli

Integrazione

dei sistemi di pulizia



Siamo volentieri a Vs.
disposizione.
+39 02 45 70 60 93

VERMOP Italia S.r.l.
Via Idalmi 3/19
I-20090 Assego
www.vermop.it

ORIZZONTI

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 specialistici 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 espanse 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 lettereschi, 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 tessuti 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 - www.synergicitaliana.com





PULIZIE SANITARIE & OSPEDALIERE A PROVA DI PAZIENTE

La pulizia degli ambienti dove ci si prende cura degli ammalati o delle persone non autosufficienti è doppiamente importante, perché le buone condizioni igieniche sono, ad un tempo, la prima barriera contro le infezioni e il primo indicatore di qualità percepito dai pazienti. Il know how e la cultura aziendale di Coopservice, leader italiano nel settore delle pulizie, offrono in proposito le più ampie garanzie, grazie ad una sperimentata gamma di servizi progettati a misura del committente e forniti anche in global service e project

financing. Un'attitudine che fa di Coopservice non un semplice fornitore ma un partner di fiducia.

Negli ospedali, nelle cliniche, nelle case di riposo, Coopservice è in grado di risolvere qualsiasi problema d'igiene, come dimostra l'esperienza acquisita nelle pulizie di ogni tipo di ambiente sanitario: dagli ambulatori alle sale di degenza, dalle strutture di pronto soccorso alle sale operatorie, dai comparti di terapia intensiva a quelli di medicina nucleare, dai reparti di riabilitazione ai laboratori.

COOPSERVICE. MOLTO PIU' DI UN SEMPLICE FORNITORE



**IL SISTEMA INTEGRATO
PER L'IGIENE OSPEDALIERA**



Il mondo del cleaning trova nell'area ospedaliera un luogo dove mettere alla prova tutte le ricerche e le professionalità acquisite per ottenere i migliori risultati possibili.

Un ospedale è innanzitutto un edificio nel quale la pulizia gioca un ruolo cruciale, in Italia su 9 milioni e mezzo di ricoverati l'anno, 500 mila pazienti si ammalano per un'infezione contratta in ospedale.

Tutto questo impone un approccio sistematico e strutturato affinché si possano garantire adeguati livelli di igiene. Per tali motivi anche un efficace sistema di pulizia e di igiene delle superfici rientra tra le misure di prevenzione delle infezioni ospedaliere. Il Sistema Healthguard® di Ecolab è stato appositamente studiato e sviluppato per fornire uno strumento utile ed efficace al perseguimento di tale obiettivo, si tratta di un insieme strutturato e completo di elementi variamente integrati, finalizzati ad offrire una risposta esauriente e flessibile a tutte le problematiche di pulizia ospedaliera. Healthguard® rappresenta una soluzione innovativa non tanto per il contenuto dei singoli elementi ma per come questi si combinano fra loro ottimizzando risorse e processi.

Metodo Pre-wash, materiali e procedure operative rappresentano i componenti del sistema di "nuova concezione", che attraverso un semplice ed immediato processo di implementazione e verifica rendono Healthguard® un "sistema innovativo". Le procedure del Sistema Integrato Healthguard® sono state concepite per espletare al meglio le operazioni di detersione e disinfezione dei pavimenti e delle superfici delle strutture sanitarie. Si tratta di un sistema codificato di procedure che, dettagliate per tipologia e aree di intervento, danno vita ad un modus operandi semplice ed immediato. La puntuale codifica delle operazioni facilita l'addestramento del personale e riduce il tempo di lavoro complessivo. Il metodo Pre-wash che consiste nella preimpregnazione dei panni per la detersione e disinfezione, rappresenta una metodologia particolarmente indicata in ambienti ospedalieri dove la sanificazione delle superfici è svolta in presenza dei pazienti e in concomitanza delle quotidiane attività sanitarie. Flessibilità, modularità, razionalizzazione, ergonomia, praticità, semplicità d'uso, risparmio, personalizzazione, sicurezza e qualità dei materiali sono le caratteristiche distintive del metodo Ecolab, che garantiscono un risultato di igiene sicura. Il Mobilette Healthguard utilizzato insieme al metodo Ecolab assicura notevoli vantaggi organizzativi in tutte le fasi del processo (sia nella fase precedente l'inizio del lavoro, fase di preparazione; sia in quella operativa, fase di sanificazione; sia in quella conclusiva, fase di ricondizionamento).



Ecolab fornisce con il Sistema Healthguard una soluzione chiavi in mano: procedure, prodotti, attrezzature, programmi di noleggio di macchine lavabiancheria, lavasciuga, addestramento e formazione. Nulla è lasciato al caso! La pulizia delle superfici è oggi considerata un fattore critico di rilievo nel controllo e nella prevenzione delle infezioni ospedaliere. A tale scopo Ecolab oltre ad aver sviluppato un sistema di sanificazione ospedaliera, ha promosso una ricerca scientifica tesa a valutare sia l'efficacia del sistema in questione sia le migliori metodologie di pulizia in termini di garanzia di igiene ed economicità di risultato. La sperimentazione condotta dall'Università degli Studi di Ferrara - Cattedra di Citologia ed Istologia - è stata effettuata presso il reparto di Chirurgia Generale e d'Urgenza del Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna. La ricerca ha avuto per oggetto la valutazione della decontaminazione dei pavimenti attraverso una comparazione dei valori di abbattimento della carica microbica derivanti da due

differenti metodologie di sanificazione: quella tradizionale e quella adottata da Ecolab con un detergente neutro. I risultati ottenuti del test (svolto durante il regolare svolgimento delle attività sanitarie al fine di riprodurre condizioni esattamente rispondenti alla realtà) hanno dimostrato la validità della metodica adottata da Ecolab con il Sistema Healthguard®, raccomandandola per ottenere un'efficace sanificazione dei pavimenti. Ecolab ha sviluppato inoltre un dettagliato manuale di procedure operative che si è dimostrato utilissimo strumento, sia per le direzioni sanitarie per la definizione dei protocolli interni di pulizia e sanificazione, sia per gli uffici tecnici delle imprese di pulizia che ogni giorno si trovano a preparare capitolati d'offerta.



www.ecolab.com

Stop alla Legionella e tutti i Batteri



SISTEMA "STERIL WATER"

LINEA "GERMLYSER"



**LA SOLUZIONE DEFINITIVA A
TUTTE LE INFEZIONI DI ORIGINE IDRICA**

STERIL SPA HA BREVETTATO IL SISTEMA CENTRALIZZATO "SERIL WATER" E LA NUOVA LINEA DI FILTRAZIONE TERMINALE "GERMLYSER" IDEALI PER LA PURIFICAZIONE DELLE ACQUE DELLE STRUTTURE SANITARIE QUALI OSPEDALI E CASE DI CURA.

L'ATTIVITÀ DI STERIL È ESPETATA NEL RISPETTO DELLE VIGENTI NORMATIVE RELATIVAMENTE A TUTTE LE PROBLEMATICHE DELLE INFEZIONI DI ORIGINE IDRICA:

LINEE - GUIDA PER LA PREVENZIONE ED IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI IN AMBITO OSPEDALIERO - G.U. 05 MAGGIO '00 E CON SISTEMA DI QUALITÀ ISO 9001. IL SISTEMA CENTRALIZZATO "STERIL WATER" ED I NUOVI FILTRI TERMINALI DELLA LINEA "GERMLYSER" ASSICURANO L'ABBATTIMENTO TOTALE DI TUTTE LE 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.



LECCE, VIALE SPAGNA, 6 - Z.I. - 73010 SURBO
PH. +39.0832.364536 - FAX +39.0832.363450

MILANO, C.SO PLEBISCITI, 9 - 20129
PH. +39.02.7381854 - FAX +39.02.7385763

WWW.STERILSPA.IT - INFO@STERILSPA.IT

IL SISTEMA OTTIMALE PER LA SANIFICAZIONE

Dierre, azienda di riferimento nel settore della distribuzione di prodotti e servizi per la pulizia professionale, ha messo a punto una proposta completa e specifica per la sanificazione nelle strutture sanitarie comprendente prodotti, attrezzature e ausiliari. L'innovatività del sistema proposto sta nel fatto che con soli tre prodotti concentrati è possibile pulire ambienti, arredi, pavimenti e bagni. Inoltre, l'utilizzo di prodotti concentrati permette di diluire esattamente i prodotti, utilizzandoli al meglio ed evitando gli sprechi. A questi prodotti si combinano perfettamente la linea di panni e mop in microfibra per la pulizia a secco e ad umido di tutte le superfici. I carrelli multiuso del sistema, inoltre, sono caratterizzati da un'elevata flessibilità d'uso, che rende il carrello adattabile a diversi utilizzi, ed un design ergonomico pensato per soddisfare le diverse esigenze degli operatori. Oltre ad offrire una gamma completa di prodotti e accessori, Diere propone apparecchiature automatiche per il dosaggio ed un servizio tecnico di assistenza qualificata per l'installazione ed il monitoraggio dei dosatori. Per completare l'offerta alle strutture sanitarie, infine, si aggiunge una linea di disinfettanti per arredi, stanze, attrezzature e sale operatorie.

info@dierresrl.com
www.dierresrl.com

IL FUTURO DEL TRATTAMENTO ARIA

L'unità di trattamento aria serie FM-H di Fast S.p.A. è un prodotto innovativo nel panorama della climatizzazione pensato e progettato con l'obiettivo di ridurre al minimo il rischio di sviluppo di contaminanti biologici all'interno dell'unità stessa.

Infatti, si può facilmente constatare che negli attuali impianti di climatizzazione le unità di trattamento aria costituiscono, assieme ai canali, il più importante ricettacolo di sporcizia, nelle quali, di conseguenza, si annidano qualsivoglia tipologia di organismo a tutto discapito della salute degli occupanti dell'ambiente servito (settore civile) oppure a discapito della qualità del processo (settore chimico-farmaceutico). Si deve ricordare infatti che la sporcizia che si accumula sulle superfici interne delle unità di trattamento aria dà origine al biofilm. Il biofilm diventa pertanto la sede ideale microrganismi tra i quali la famosa e letale legionella *Pneumophila*.

Gli ambienti nei quali il rischio biologico (con particolare riferimento alla legionella *Pneumophila*) può portare ad un grave pericolo negli ambienti, sono applicazioni di tipo ospedaliero (gioca a favore la generale debilitazione degli occupanti), chimico-farmaceutico (per le condizioni particolari di asetticità richieste), in strutture termali in genere (per l'umidità e la temperatura ideali per lo sviluppo della legionella *Pneumophila*), ecc.

Le ottime caratteristiche generali della struttura delle unità della serie FM-H in termini di resistenza meccanica, di prestazioni termiche e d'isolamento acustico dall'involucro, di minimo trafilamento dell'aria tra telaio-pannellatura e di by-pass attraverso il telaio dei filtri avvalorano e contribuiscono agli eccellenti risultati in fatto di igienicità dell'aria trattata (basti pensare che l'adozione di filtri di efficienza minima F8, prevista dalle "linee guida antilegionella",

cauzione dei laboratori RWTÜV per quanto riguarda le prestazioni ed in particolare per i valori di trafilamento d'aria dall'involucro (rientranti nei valori della classe B della norma UNI EN 1886) è sinonimo di certezza e di coerenza delle scelte tecniche attuate.

I risultati ottenuti in termini di abbattimento dei principali inquinanti microbiologici (batteri, muffe, ecc) sono stati confermati da esperimenti condotti presso i laboratori del Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica dell'Università di Padova. Lo studio è attualmente in fase di pubblicazione da parte dei ricercatori coinvolti ed è stato argomento di numerosi convegni nazionali sul problema della qualità dell'aria negli ambienti.

E bene ricordare che l'ap-



plicazione del trattamento sulle superfici esposte al flusso dell'aria nelle unità di trattamento aria è brevettata.

La gamma di centrali di trattamento aria serie FM-H si compone di 15 modelli con portate d'aria fino a 35.000 mc/h (riferite ad una velocità frontale sul pacco di scambio di 2.5 m/s).

non sarebbe stata attuabile se i valori di trafilamento registrati non fossero rientrati in determinati limiti fissati dalla norma EN 1886). La certifi-



info@fastaer.com
www.fastaer.com



in collaborazione con



• **METODOLOGIA CERTIFICATA**
Unità d'uso intensivi
PER LA PULIZIA E DISINFEZIONE
OSPEDALIERA

Intensive Care Unit

Personale interno specializzato e di provata esperienza vi offre consulenze per l'ottimizzazione dei vostri processi e l'applicazione dei prodotti
Tecnici altamente qualificati sono in grado di progettare e installare apparecchiature specifiche ed avviare i vostri impianti
Formazione continua del vostro personale addetto.



**IL "DISINFETTANTE IDEALE"
E ANCORA UN'UTOPIA?
LA RISPOSTA DI ALPHADEVICE
SI CHIAMA UMONIUM38**

La presenza di sgradevoli e pericolosi effetti collaterali dei disinfettanti può compromettere un' adeguate disinfezione degli ambienti sanitari. Per questo in tutti i manuali di Igiene Ospedaliera sono evidenziate le caratteristiche di un "disinfettante ideale":

- Ampio spettro;
- tempo di contatto breve;
- formulazione sicura (non tossico);
- pH il più possibile vicino a 7 (non corrosivo);
- facile risciacquo;
- facile utilizzo (pronto all'uso, o dosaggio semplice, diluizioni chiare e facili da ottenere);
- buona stabilità all'utilizzo;
- non infiammabile;
- biodegradabile;
- eclettico (possibilità di più utilizzi con un solo prodotto, compatibilità su molti materiali);
- buon rapporto qualità/prezzo.

Queste caratteristiche, se effettivamente presenti in un disinfettante chimico, lo renderebbero, secondo gli igienisti, molto più efficace per la facilità di utilizzo, la migliore e corretta osservazione delle procedure e protocolli, contribuendo, finalmente, ad abbassare ad una percentuale molto più accettabile le infezioni contratte in ospedale. La ricerca della Huckert's International

ha elaborato UMONIUM38. Le caratteristiche di questo disinfettante per superfici ed attrezzature medicali (Dispositivo Medico di Classe IIa), coincidono perfettamente con la descrizione del "disinfettante ideale", sono sempre di più, infatti, le strutture sanitarie che utilizzano prodotti a base di questa formulazione innovativa. L'UMONIUM38, grazie all'azione sinergica di tre principi attivi, riesce a coniugare una completa facilità d'utilizzo dovuta alla compatibilità con tutti i materiali



e dalla assenza di tossicità ad una efficace azione disinfettante di alto livello in tempi brevissimi alla concentrazione di 2,5% (5 min. a t.a.: Batteri, Micobatteri, Virus; 60 min. a 60°C: Spore batteriche). L'Alphadevice S.r.l., che ha sempre fatto di "Igiene, Prevenzione e Sa-

lute" la sua missione aziendale, presenta quindi, UMONIUM38 come alternativa a tutti i disinfettanti chimici caustici, corrosivi, tossici od irritanti, con l'obiettivo di facilitare gli operatori nella corretta esecuzione delle procedure a tutto vantaggio dell'efficacia e dell'economia.

alphadevice@alphadevice.it
www.alphadevice.it

UN BEL TRAGUARDO RAGGIUNTO INSIEME!

Oggi sono più di 400 le apparecchiature STERRAD installate negli ospedali e nelle cliniche di tutta Italia. Si tratta di un importante traguardo raggiunto grazie a Direttori Sanitari, Direttori Amministrativi, Ingegneri Clinici, Infermieri, Capo Sale, Igienisti. E' un premio alla qualità e all'affidabilità dei prodotti, che nel tempo hanno confermato la Johnson&Johnson azienda di riferimento nel campo del "reprocessing" dello strumentario chirurgico. Ma è soprattutto uno stimolo in più ad avanzare insieme nella strada dello sviluppo tecnologico, nella convinzione che innovare significa soprattutto venire incontro alle esigenze degli utilizzatori. Ecco alcune testimonianze concrete:

Milano

Fondazione San Raffaele Del Monte Tabor

Matteo Moro - Medico Igienista Direzione Sanitaria.

"Metodo di sterilizzazione di scelta per i dispositivi medici termosensibili all'interno dell'Ospedale. Il confezionamento è relativamente costoso, anche perché bi-

sogna considerare la maggior durata del dispositivo medico."

Roma

Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata Salvatore Passafaro - Direttore Medico dei PP.OO.

"Valida e insostituibile. I vantaggi derivano dal non utilizzo di sterilizzazione ad ETO ed altre metodiche. Facilità d'uso e praticità. Sarebbe utile avere il modello "100S" con porte passanti."

Roma

Rome American Hospital

Malcom Robert Daw - Ingegnere Clinico

"Affidabile perché costantemente seguiti da personale specializzato sempre pronto ad informare sui continui aggiornamenti che riguardano sia il sistema sia gli strumenti compatibili."

Lecce

Pia Fondazione "Panico" Tricase Salvatore Casarano - Coord. Blocco Operatorio e Sterilizzazione.

"La tecnologia e l'assenza di rischi per l'operatore ne fanno un prodotto di tutta considerazione."

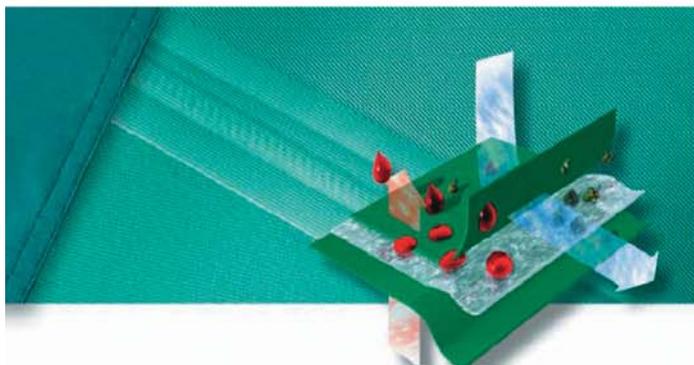
infoasp@ethit.jnj.com





COMBOSafe® e BARRICADA®

Due Tessuti Trilaminati Riutilizzabili, studiati appositamente nel rispetto della Normativa Europea EN-13795, per la realizzazione di linee complete e personalizzate di Camici e Teli per Camera Operatoria



COMBOSafe® e BARRICADA®

I Tessuti Trilaminati Riutilizzabili con la membrana in Poliuretano che garantiscono una BARRIERA ELEVATA e PERMANENTE

COMBOLight®

I Camici Chirurgici in Tessuto Trilaminato Riutilizzabili approvati come DPI (D. Lgs. n. 475/92 e Norma UNI EN 14126/04 – Indumenti di Protezione contro gli agenti infettivi



VIP Medical s.r.l.

www.vipmedical.it infovip@vipmedical.it

Tel. +39 06 87 190 950



standardtextile

UN NUOVO PROCEDIMENTO CHE ELIMINA GLI ULTIMI RESIDUI DI PROTEINE

Il procedimento Vario TD, introdotto con successo da Miele già 10 anni fa, è stato ulteriormente sviluppato e introdotto con il nome, ormai brevettato, OxiVario Plus. OxiVario Plus è un procedimento di lavaggio ottimizzato che scompone chimicamente proteine difficilmente solubili, offre un'ottima prestazione di lavaggio e consente di ottenere l'arricchimento o l'inattivazione del prione, l'agente patogeno del morbo di Creutzfeld-Jakob. Questo procedimento con lavaggio alcalino è stato sviluppato per il trattamento di strumenti chirurgici classificati come particolarmente critici dall'Istituto di ricerca tedesco Robert Koch. In questo modo lo strumentario chirurgico, anche quello utilizzato per la chirurgia mininvasiva, comprese le ottiche, può essere sottoposto a un lavaggio efficace. Rispetto al procedimento Vario TD, l'OxiVario Plus offre una seconda fase di lavaggio che si svolge tra il prerisciacquo con acqua fredda e la prima fase di lavaggio. La seconda fase ha una durata di dieci minuti a una temperatura di 55°C, durante la quale nella soluzione di risciacquo medio-alcalina viene aggiunta anche una soluzione di perossido di idrogeno. Questo procedimento consente di scindere per ossidazione eventuali proteine presenti sugli strumenti in seguito a una precedente operazione di un paziente, e di convogliarle nella soluzione. Si elimina quindi in modo permanente anche la fi-



brina, i cui polimeri legati "a ragnatela" tra loro coagulano i residui di sangue sugli strumenti. Anche l'analisi chimica delle proteine e l'esame spettroscopico a infrarossi rivelano la totale assenza di proteine.

Il procedimento è inoltre in grado di scindere residui coagulatisi su strumentario ad alta frequenza e convogliati in composti idrosolubili. La scissione per ossidazione delle proteine dovrebbe avere la stessa efficacia anche sul prione. Presso un rinomato istituto di neuropatologia attualmente si stanno svolgendo delle analisi per verificare se la possibile trasmissione del morbo di Creutzfeld-Jakob tramite lo strumentario possa essere limitata oppure esclusa. Dopo la seconda nuova fase di lavaggio - come accadeva sinora nel procedimento Vario TD - il trattamento dello strumentario viene completato con la neutralizzazione, un risciacquo intermedio e una termodisinfestazione finale a 90°C. Opzione: l'asciugatura. Anche i detersivi altamente alcalini e contenenti cloro attivo offrono un'efficacia di pulizia simile al procedimento OxiVario Plus. L'alcalinità e il cloruro derivante aggrediscono chimicamente lo strumentario chirurgico. Con il nuovo procedimento, a base di perossido di idrogeno, non si verifica questo tipo di corrosione e

quindi, grazie all'ottimale efficacia di lavaggio, il costoso materiale dello strumentario viene trattato delicatamente. Dopo il trattamento gli snodi dello strumentario necessitano di più cura rispetto a prima; gli snodi infatti diventano così puliti che il metallo chiaro diviene scivoloso: col tempo gli snodi perdono di flessibilità. Per evitare che ciò accada devono quindi essere trattati con un apposito olio speciale per lo strumentario.

www.miele-professional.it

INNOVAZIONE E SICUREZZA IN SALA OPERATORIA

Zaccaria S.P.A., fondata nel 1947, opera 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 clienti proponendo le soluzioni più adatte in un'ottica di rapporto di consulenza e collaborazione.

E' 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 prodotti 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. Teli e camici realizzati con i tessuti tecnici riutilizzabili Gore Medical Fabrics® 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
www.zaccariaspa.net





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

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



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 Health 1951; 41:279-86.
- Supplementi di Riviste
Frumin AM, Nussbaum J, Esposito M. Functional asplenia: demonstration of splenic activity by bone marrow scan (Abstract). Blood 1979; 54 (suppl. 1): 26 a.

Monografia

- Autore singolo - Eisen HN. Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of the immune response 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.
