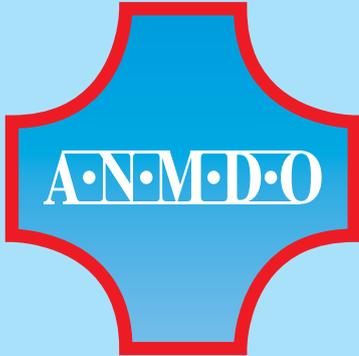


L'OSPEDALE

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



Periodico dell'ANMDO
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
MEDICI DIREZIONI OSPEDALIERE



N° 2/08

ORGANIZZAZIONE

Come coprire le "terre di nessuno" in ospedale. L'housekeeper: una nuova figura professionale per la gestione delle esigenze di comfort e decoro ambientale ospedaliero

QUALITÀ

IQIP: l'International Quality Indicator Project negli ospedali italiani

PROGETTI

Il Progetto "Minimizzazione degli errori nella gestione della terapia: l'introduzione di una scheda di terapia unificata"

ORGANIZZAZIONE

Come un ospedale deve rispondere ad una maxiemergenza. Esperienza dell'Ospedale Martini di Torino

SICUREZZA

Approccio sistemico per la sicurezza degli operatori nel laboratorio

OSPEDALE E TERRITORIO

La continuità assistenziale nelle cure palliative fra ospedale e territorio

ORGANIZZAZIONE E GESTIONE

Il Day Service: un nuovo modello organizzativo di assistenza ambulatoriale

IGIENE OSPEDALIERA

Qualità microbiologica dei liquidi dialitici: risultati di una sorveglianza pluriennale nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona

ORGANIZZAZIONE

Modelli organizzativi delle unità operative di neonatologia e pediatria: risultati di un'indagine

OSPEDALE E TERRITORIO

Ospedale territorio: rapporti tra medicina di base e medicina specialistica ospedaliera

LINEE GUIDA

L'informazione nella promozione dei luoghi di lavoro

ORIZZONTI



EDICOM

info@gsanews.it • www.gsanews.it

Pallchek™

Alta affidabilità in minor tempo

Pallchek™ è l'unica strumento di coltura-sonda per microbiologia rapida che permette di analizzare immediatamente campioni fluidi e concentrati su membrana. Più inoltre leggere campioni liquidi (al quasi 0,1 ml), superficiali e tamponi per il monitoraggio di attrezzature.

Pallchek™ consente il rilascio anticipato di produttori farmaceutiche quali:

- Prodotti non sterili
- Semilevanti ad uso interno

Consente inoltre il controllo immediato di:

- Ambiente
- Flussi di processo
- Efficacia dei sanificanti

Pallchek™ Real Time Checks



PALL Life Sciences

Pal Industrie
Divisione della Pall Italia s.p.a.

Pal Italia s.p.a. Via G. Bassano, 20/40 - 37140 - Verona
Tel. 0445/38611 Fax 0445/386120
www.pall.com

PULITO. SICURO. EFFICIENTE.

360° OF PROTECTION®



Ecobal è in grado di assicurare una protezione a 360° della vostra attività, risolvere qualsiasi tipo di problema (batterici e virali) e disinfettare.

Inoltre, grazie a 25.000 persone in 161 paesi e 4.000 brevetti, possiamo offrire programmi di protezione personalizzati ed unici, basati su prodotti innovativi e servizi innovativi.

Così garantiamo ottimi risultati in termini di giorni di carenza, assenza di ospedalizzazioni e clienti, efficienza e gestione ottimale dei costi.

Il nostro obiettivo principale è quello quello di aiutare nel mantenere pienamente i vostri clienti e nel ridurre i vostri costi complessivi, indipendentemente dal settore di cui operate.

- Protezione
- Prevenzione
- Controllo
- Monitoraggio
- Sanità
- Impatto di prezzo

Per qualsiasi informazione sui nostri servizi visitateci
sulle nostre pagine www.ecobal.com

Ecobal Headquarters

Strada 10, Via Fiume 10/A
00187 Roma, Italia
Tel. +39 06 4981010

Ecobal Headquarters

Via Fiume 10
00187 Roma, Italia
Tel. +39 06 4981010

ECOLAB

Bedding e Prodotti Tessili Tecnici. Una Sanità sempre migliore.



Synergic Italiana è un partner qualificato del mondo sanitario, con una produzione altamente specializzata di materiali, sistemi posturali antidesubilità, 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. Luciano (B. Ferrara) • Italia • Tel. +39 051 6252590 • Fax +39 051 6252594

www.synergitaliana.com • info@synergitaliana.com



SOMMARIO

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale
dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni
Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz
Anno 61 - Numero 2 - aprile-giugno 2008

Direzione, Amministrazione, Redazione e Pubblicità

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

Direttore responsabile: Ilva Gottardi

Direttore editoriale: G. Finzi

Segreteria scientifica: U.L. Aparo

Comitato di direzione: U.L. Aparo, A. Appicciafuoco,
S. Brusaferrò, V. Castaldo, G. Dal Pozzolo, C. Del Giudice,
A.A. De Stefano, C. Di Falco, B. Falzea, K. Kob, U. Podner
Komarony, R. Li Donni, A. Marcolongo, A. Montanile, L.
Nardi, G. Pelissero, S. Pili, A. Pellicanò, R. Predonzani, A.
Rampa,
G. Schirripa, D. Stalteri, M.A. Vantaggiato

Comitato di redazione: U.L. Aparo, K. Kob, C. Catananti,
C. Ponzetti, S. Brusaferrò

Abbonamenti
Italia annuo 31,00
europa
paesi extra europei 103,00
Copia 1,29

c.c.p. 38498200

Grafica e impaginazione: A&C STUDIO

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:
01/01/2007 - 31/12/2007

Tiratura media: N. 4.750 copie

Diffusione media: N. 4.692 copie

Certificato CSST N.2007-1544 del 27 Febbraio 2008

Società di Revisione: RIA&PARTNERS
Tiratura del presente numero: 5.000 copie

associato a:

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

CSST
VERIFICAZIONE
STAMPA SPECIALIZZATA
E TECNICA

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

ISSN 0030-6231



In copertina
Azienda Ospedaliera
Umberto I - Enna

Editoriale

Come coprire le "terre di nessuno" in ospedale.

L'housekeeper: una nuova figura professionale per la gestione delle esigenze di comfort e decoro ambientale ospedaliero

Antonella Alessandri, Alberto Appicciafuoco, Maria Teresa Benghi, Stefano Bocci, Vincenza Fusari,
Simone Naldini, Patrizia Mondini

IQIP: l'International Quality Indicator Project negli ospedali italiani

Ulrich Wienand, C. Adamo, G. Blancato, Luca Favero, Martina Taglioni, Elisabetta Mon, S. Vertero

Il Progetto "Minimizzazione degli errori nella gestione della terapia: l'introduzione di una scheda di terapia unificata"

Roberta Buracchi, Angelita Dos Santos, Giovanna Paggi, Silvia Galli, Andrea Vannucci

Come un ospedale deve rispondere ad una maxiemergenza. Esperienza dell'Ospedale Martini di Torino

Antonio Morra, Artemio Brusa, Lorenzo Odetto, Pierangelo Bozzetto

Approccio sistemico per la sicurezza degli operatori nel laboratorio

Giuliano Giannini, Antonietta Marseglia

ARTRITE REUMATOIDE: MALATTIA A FORTE IMPATTO SOCIALE ma con scarsa priorità nei Piani Socio Sanitari

Ugo Luigi Aparo

La continuità assistenziale nelle cure palliative fra ospedale e territorio

Giambattista Spagnoli, Donatella Galeotti, Alberto Minardi

Il Day Service: un nuovo modello organizzativo di assistenza ambulatoriale

Fulvio Porto, Maddalena Ballardini, Ida Rosanna Talarico, Donato Branca, Antonella Benvenuto,
Maria Addolorata Vantaggiato, Vincenzo Risoli

Qualità microbiologica dei liquidi dialitici: risultati di una sorveglianza pluriennale nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona

Pamela Barbadoro, Sonia Bacelli, Irene De Bellis, Anna Marigliano, Sandra Savini

Modelli organizzativi delle unità operative di neonatologia e pediatria: risultati di un'indagine

Claudio Buriani, Antonio Mazza

Ospedale territorio: rapporti tra medicina di base e medicina specialistica ospedaliera

Irene Pandiani

LINEE GUIDA

L'informazione nella promozione dei luoghi di lavoro

ORIZZONTI

5

6

14

22

32

38

44

46

52

58

62

68

72

80

Steelco

devoted to hygiene

USA
INTERNATIONAL STEEL CO. USA
21000 Route 70 - (70) - Italy

EUROPE
INTERNATIONAL STEEL CO. SpA - Italia
87100 Pignone Revere - Milano

Steelco è in grado di offrire un servizio completo di progettazione, realizzazione di nuove Centrali di Sterilizzazione o di ristrutturazioni di vecchie Centrali.

• Servizio completo di
progettazione (fino a 10
operatori) e realizzazione
Centrali di Sterilizzazione.

• Qualificazione delle parti
realizzate (realizzate per il
biologico e la dermatologia)
• Alta efficienza energetica
• Alta funzionalità automatica
ed elevata in confidenza per
nuovi farmaci (M.D.A.R.O.)
• 100% full T.A.P.

• Realizza l'interfaccia
tra area di steraggio (Area
Lavoro) e sterilizzazione.

• Qualità costruttiva, materiali
affidabili, un tempo sempre
invariato, ambiente pulito
e salubre di progettazione
con Steelco Italia.
• Il problema di lavorare in
spazio ristretto viene risolto con
sistemi di ventilazione di
sterilizzazione all'interno del
ciclo produttivo.



Lavastumenti a termodesinfessione per Centrali di Sterilizzazione

Gamma di lavast. verticali e orizzontali

• Lavast. verticali
con 200 lit. e
lavaggio a ultrasuoni

• Lavast. a colonna
di lavaggio
M.D.T.

• Lavast. a colonna
di lavaggio
M.D.T.

• Lavast. a colonna
di lavaggio
M.D.T.

Steelco offre inoltre una
gamma completa di
lavastumenti.



Lavast. endoscopici flessibili

*For the Environmentally conscious

www.steelcospa.com

Malattie curabili della sanità

L'assetto del Servizio Sanitario Nazionale rischia una pericolosa deriva se chi ne detiene la responsabilità "politica" rivendica piena e totale indipendenza nelle nomine, trascurando regole di selezione, requisiti dei candidati e trasparenza delle decisioni.

Non sono in discussione il ruolo e la responsabilità della politica, né scandalizza nessuno che la nomina dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie sia fondata su prevalenti criteri di appartenenza o affinità politica.

Ciò che sta generando una diffusa ondata di sdegno è l'osservazione che spesso i criteri dell'appartenenza e dell'affinità politica sovrastano quelli di competenza e di esperienza, anche negli incarichi di direzione tecnica. Talvolta i requisiti di affinità sono gli unici presenti e mancano anche quelli minimi di competenza tecnico-professionale.

Il Decreto Legislativo 502 del 1992 modificato successivamente con i Decreti Legislativi 517/1993 e 229/1999, prevede che il Direttore sanitario dell'Azienda sia "un medico (...) che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione". L'interpretazione corrente però attribuisce la qualità di media o grande dimensione anche a strutture semplici con pochi addetti e accade addirittura che vengano conferiti incarichi di direzione sanitaria d'azienda a medici che non hanno diretto mai nulla, neppure un ambulatorio, persino sprovvisti dei cinque anni di dipendenza nelle strutture del SSN, indispensabili per essere considerati, di diritto, professionalmente autonomi.

Il problema delle nomine, primario per gli operatori del sistema e per i cittadini, non è evidentemente secondario per la politica.

Siamo sicuri che fossero peggio i vecchi concorsi, governati dalla Politica ma attraverso Commissioni in cui altri poteri della società civile e del mondo delle professioni, (accademici, professionali, sindacali) ne mitigavano il peso?

La sostituzione dell'istituto del concorso con quello dell'intuitus personae è giustificato nella scelta del prestatore d'opera da parte del cliente (l'avvocato, il medico, il meccanico) o nelle attività dei privati. Il sistema sanitario italiano, finché sarà pubblico, non può rinunciare all'equità e all'imparzialità anzitutto nella selezione dei propri dipendenti e dirigenti.

Il nostro Sistema Sanitario, come riconosce l'OMS tra i migliori al mondo, è divenuto eccellente coltivando i principi dell'universalismo e dell'equità e si è fondato sempre sulla separazione tra direzione tecnica e direzione politica. Entrambe, infatti, sono necessarie, ciascuna al proprio posto, senza prevaricazioni e senza commistioni. Il dovere primario della politica è quello di assicurare l'equilibrio e l'armonia tra interessi, ambiti e poteri diversi. Se la politica rinuncia al ruolo di equilibratore del sistema e va ad occupare quello di gestore unico del reclutamento e degli acquisti del SSN, si determineranno scompensi non governabili e cortocircuiti fatali per il futuro della sanità e del Paese.

*Dr. Sergio Pili
Segretario Generale Sezione Sindacale A.N.M.D.O.*

Come coprire le “terre di nessuno” in ospedale. L’housekeeper: una nuova figura professionale per la gestione delle esigenze di comfort e decoro ambientale ospedaliero

Riassunto

Nel Presidio Ospedaliero Nuovo San Giovanni di Dio di Firenze è stata individuata, attraverso il lavoro del gruppo di progetto Umanizzazione e Accoglienza, e con conseguente delibera del Direttore Generale, una nuova figura professionale, mutuata dal settore alberghiero ed assolutamente nuova nel panorama sanitario italiano: quella dell’ housekeeper.

Si tratta di una figura intermedia tra la Direzione di Presidio e i Responsabili delle linee di produzione. Essa dovrebbe coprire zone d’ombra non ben definite che finiscono con il non essere di nessuno e dovrebbe richiamare all’esercizio delle proprie funzioni ruoli professionali preposti che talvolta trascurano alcune loro competenze.

In tal modo l’ospedale guadagna sul piano dell’immagine, della forma che diventa sostanza, dell’accoglienza che è parte integrante del processo assistenziale, della customer satisfaction dei nostri utenti, superando quella sensazione di trascuratezza e sciattezza che spesso si avverte quando si entra in una struttura pubblica.

Summary

The project group in charge of Human Relations at the: Hospital “Nuovo San Giovanni di Dio” in Florence, first advanced the concept of “Housekeeper,” which was well accepted by the General Director. This new professional key-figure, (directly borrowed from the Hotel Management field,) whose function is that of mediating between Hospital Administration and Production managers, represents quite a new direction in Italian Health Services.

The Housekeeper’s role should encompass all those undefined areas that usually end up unassigned, and should recall appointed professional roles and functions to perform their specified duties which at times are neglected.

Through this key-figure, the hospital’s image in fact would become clearer and profit advantageously whereby fully integrating the customer/patients reception to Assistance Services and guaranteeing customer satisfaction, and moreover, would rid itself of the sense of negligence and untidiness that often is perceived and associated with public structures.

Antonella Alessandri*, Alberto Appicciafuoco*, Maria Teresa Benghi*, Stefano Bocci*, Vincenza Fusari*, Simone Naldini*, Patrizia Mondini**

*Direzione Sanitaria Nuovo Ospedale S. Giovanni di Dio, Firenze

**UD Formazione Azienda Sanitaria di Firenze

“Il carattere di un uomo è molto più importante del suo intelletto”

Waldo Emerson
(scrittore e filosofo)

1. PREMESSA

Nelle Aziende Sanitarie italiane è emersa la necessità di creare una nuova professionalità che abbia ca-

ratteristiche molto simili alla figura dell’housekeeper presente in altri paesi. In ambito sanitario l’istituzione di tale figura può essere considerata una innovazione professionale, nel senso delle competenze delle professioni tradizionali, oltre che nuova professione con nuovi profili professionali.

L’**Housekeeper**, figura sperimentata nel settore alberghiero e già ritenuta di fondamentale importanza, è stata più recentemente introdotta a livello sanitario principalmente in Ospedali e RSA; in particolare vi sono esperienze negli USA soprattutto negli stati del Sud: il cosiddetto ward housekeeping o housekeeping manager, che, con l’aiuto di uno staff provvede a quei bisogni dell’utente che non afferiscono alla sfera clinica e di accadimento dello stesso, ma che ugualmente sono importanti per il recupero del benessere di chi è costretto a soggiornare in una Struttura Residenziale.

Per esempio, nelle nostre Strutture Ospedaliere accade che per gli spazi comuni non sia previsto un controllo sistematico del profilo microclimatico, del comfort e della sanificazione ambientale. L’importanza strategica che questa nuova figura assumerà nel contesto aziendale dipenderà dal ruolo che le verrà riconosciuto, dalla individuazione delle competenze (job profile), dalla definizione dei compiti (job description) e dagli spazi di decisionalità autonoma (area gestionale).

Si tratta, in sostanza, di individuare le ragioni per le quali il ruolo¹ in esame crea valore per l’organizzazione.

**PAROLE CHIAVE:**

Responsabile alberghiera ospedaliera; Accoglienza;
Umanizzazione

KEY WORDS:

*Hospital Housekeeper, Hospital Welcoming,
Human approach in the hospital*

2. QUALE COMPETENZA PROFESSIONALE PER L'HOUSEKEEPER?

Il concetto di competenza tende a mettere la persona giusta al posto giusto, definendo le mansioni da svolgere e le competenze necessarie per svolgerle: un profilo dell'operatore che occorre².

E' necessaria quindi una analisi del ruolo e delle competenze dell'housekeeper attraverso la definizione:

- delle attività, delle relazioni e delle aspettative legate al ruolo organizzativo
- delle competenze necessarie per agire efficacemente quel ruolo organizzativo
- *descrizione delle competenze (Job Description)*
- *analisi del Profilo (Job Profile)*

- *la competenza distintiva personale (Job Analysis).*

Ci sono alcuni elementi che mettono in evidenza l'utilità del ruolo in ambito lavorativo:

- *la visibilità:* l'adeguamento della persona ad un modello di azione lavorativa percepibile da altri
- *la comunicabilità:* il modello di azione lavorativa viene comunicato in modo da essere stabile e prevedibile per gli altri. Questo sostiene anche la comunicazione di ritorno dagli altri a sé
- *la semplificazione:* l'attenersi a un ruolo fornisce delle categorie concettuali che semplificano agli altri la definizione di un rapporto di collaborazione (dare e avere) con il soggetto
- *l'affidabilità:* i ruoli professiona-

li³ possono essere assunti solo da coloro che possiedono alcuni attributi specifici (continuamente verificabili durante le interazioni nel contesto lavorativo) e che, seguendo le regole, sono tenuti a svolgere in modo adeguato le parti intraprese.

Per quanto attiene alla job description, la scheda 1 elenca le principali attività che impegnano la persona che ricopre il ruolo con gli spazi di decisionalità autonoma, le schede 2, 3 e 4 elencano in modo sintetico, i principali compiti che complessivamente concorrono alla realizzazione dello scopo primario del ruolo.

Per descriverli è stato utile aver presente quali sono le cose che di necessità devono essere portate a termine perché la prestazione lavorativa sia considerata adeguata dai superiori gerarchici.

Per quanto riguarda l'analisi del profilo, (job profile), essa è stata schematizzata nella scheda 5.

Nella scheda 7 il modello di fatto adottato che è quello delle competenze manageriali.

¹ " Il concetto di ruolo è descrivibile in forma grafica come centro della rete di relazioni organizzative che lo attraversano. La persona che assume un ruolo organizzativo ha relazioni di tipo gerarchico e di tipo orizzontale. Le relazioni gerarchiche sono fondate sulla delega di responsabilità decisionali e operative" - "Valorizzare le competenze", Quaderno n° 26 – Michela del Bono – marzo 2003

² Per Boyatzis la competenza "... è una caratteristica intrinseca di una persona... un motivo, tratto, abilità, aspetto dell'immagine di sé o ruolo sociale, o corpo di conoscenze che la persona usa... collegata ad una performance efficace e superiore in una mansione o situazione e che è misurata in base ad un criterio prestabilito"

Per "caratteristica intrinseca" intende che la competenza è parte integrante e duratura della personalità di un individuo, del quale può predire il comportamento in un'ampia gamma di situazioni di lavoro.

Per Spencer il comportamento "competente" è determinato da cinque caratteristiche fondamentali, più o

meno sviluppabili a seconda del livello della struttura di personalità a cui si pongono: le conoscenze di discipline o argomenti specifici, le skill (abilità personali), l'immagine di sé, i tratti, le motivazioni.

"causalmente collegata" significa che la competenza causa o predice comportamento e risultati ottenuti

"misurata in base ad un criterio prestabilito" significa che la competenza predice chi esegue un lavoro bene o male, secondo criteri di misura del risultato o standard definiti.

³ L'assunzione del ruolo come modello non implica la sua rigidità nel tempo perché la natura del ruolo è essenzialmente quella di una "forma operativa" che può essere continuamente ridisegnata attraverso l'uso e la modulazione di strategie di risposta alle situazioni. La forma, inoltre, è "sostanzata dalle caratteristiche specifiche delle capacità produttive della persona stessa." In altre parole la crescita delle competenze personali rende abile il soggetto ad assumere un nuovo ruolo, quando le skill acquisite gli vengano riconosciute da superiori e colleghi. (Moreno 1961).

⁴ Nell'individuazione e definizione dei criteri di analisi/rilevazione si è fatto innanzitutto riferimento alla letteratura specialistica in tema di competenza professionale (Spencer, Spencer, 1993; ...).Nello specifico il riferimento è il modello ISFOL che nel 1994 ha proposto una descrizione e una classificazione delle competenze che prevede tre sottoinsiemi: **le competenze di base** = conoscenze, abilità risorse personali non specifiche ; **le competenze professionali** = conoscenze, abilità, risorse personali specifiche di un contenuto lavorativo a valenza teorico –tecnica e pratico-applicativa; **le competenze trasversali** = abilità di tipo cognitivo e relazionale, con un'alta trasferibilità da un contesto all'altro sono essenziali per produrre un comportamento professionale capace di trasformare un sapere tecnico in prestazioni lavorative efficaci..)

3. LA RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DEL RUOLO

La descrizione del ruolo professionale dell'housekeeper è utile perché la persona che si candida a ricoprirlo sa cosa aspettarsi e comprende meglio e più velocemente che tipo di lavoro farà quando inizierà l'attività.

Il ruolo chiarisce le interrelazioni

tra la posizione lavorativa dell'housekeeper all'interno del Presidio e le funzioni correlate all'organigramma, minimizzando ogni possibile attrito per invasione del campo di competenza altrui e fornisce inoltre anche un mezzo per esaminare le prestazioni lavorative: uno standard definito attraverso il quale l'housekeeper può anche essere valutato (vedi

sezione "La valutazione").

La definizione dei criteri⁴ per l'analisi del ruolo professionale e delle attività svolte dall'housekeeper aiuta la rilevazione/ricostruzione delle competenze necessarie a presidiare e contestualizzare efficacemente tale ruolo/attività nei diversi servizi e ambiti professionali: aree di attività svolte, ambiti di autonomia e di intervento deci-

JOB DESCRIPTION – SCHEDA 1	
HOUSEKEEPER: quale decisionalità autonoma?	
FUNZIONI IN SVILUPPO	
FUNZIONI GESTIONALI	decide la corretta ubicazione delle cassette per la posta, delle bacheche, delle cornici, mensole, lavagne per avvisi, ecc, controlla il loro stato e il loro corretto utilizzo.
	gestisce il censimento, il corretto uso e posteggio di lettighe, carrozzine ecc.
	garantisce la presenza di letti di riserva per sopperire alle urgenze che si verificano nei reparti di degenza, dovute a rotture improvvise.
	decide la riparazione dei letti e il pronto reintegro in reparto quando tali arredi siano stati accommodati.
	gestisce il fabbisogno dei letti di scorta: richieste, inoltre al competente ufficio, cura della pratica, ecc.
	gestisce le segnalazioni sulla qualità del servizio di ristorazione provenienti dai Caposala.
	propone migliorie, effettua gli acquisti concordati per l'abbellimento degli spazi comuni.
fa installare piante o altro verde e sorveglia il loro mantenimento.	
provvede al censimento dei mezzi di comunicazione portatile (cordless, bip, eventuali cellulari), decide le priorità di assegnazione, tiene un registro di assegnazione, mantiene un pool di sostituzione, sorveglia alla loro manutenzione.	
gestisce l'integrazione della segnaletica esistente.	
predispone un sistema di monitoraggio degli interventi proposti /eseguiti, sui tempi di intervento, sulle priorità, sulle difficoltà ecc.	

sionale richiesti, rete di relazioni attivate, efficacia professionale richiesta.

Nel Presidio, secondo la visione schematica di Adriano De Vita, la rappresentazione grafica del ruolo è data nella fig. 1.

La rete delle relazioni che l'housekeeper deve avere con le altre strutture ospedaliere è rappresentata in fig. 2.

Figura 1



4. DOVE PUÒ ESSERE COLLOCATO L'HOUSEKEEPER?

Sarebbe auspicabile che l'introduzione della figura dell'housekeeper avvenga per gradi, prevedendo una prima fase dedicata alle "Aree comuni" dell'Ospedale per poi pro-

gressivamente estendersi ai Servizi e ai Reparti. Per molteplici e ovvi motivi è controproducente creare una nuovo "ufficio" in cui collocare l'Housekeeper, occorre invece cercare di capire dove può avere la sua

base operativa all'interno di una delle strutture esistenti, nelle quali, in assenza dell'Housekeeper le attività non si interrompono. Un riassunto dei pro e contro delle ipotesi è rappresentata nella scheda 6.

JOB DESCRIPTION – SCHEDA 2

HOUSEKEEPER: cosa deve fare?

DEFINIZIONE DEI COMPITI

<p>FUNZIONI a - di sorveglianza e controllo negli spazi comuni relativamente a:</p>	<p>1 ordine e sanificazione degli ambienti</p>	<p>controlla la funzionalità dei servizi igienici, in generale ed in particolare a riguardo delle rubinetterie, degli accessori, delle suppellettili.</p> <p>richiede tempestivamente l'intervento della ditta per il ripristino della pulizia, il riordino, lo svuotamento dei cestini, l'approvvigionamento delle salviette, ecc.</p> <p>propone in accordo con l'Ufficio Ecomanagement di PO particolari interventi di pulizia al di fuori della normale routine per gli spazi comuni.</p> <p>riceve le segnalazioni sulla non corretta sanificazione dei carrelli del vitto, dei vassoi e delle stoviglie.</p> <p>controlla chiunque effettui volantinaggio, richiesta di firme o campagne di raccolta fondi, abbia regolare autorizzazione rilasciata dalla DSPO: diversamente invita i soggetti ad allontanarsi con l'ausilio del poliziotto o della guardia giurata se presente.</p>
--	---	---

JOB DESCRIPTION – SCHEDA 3

HOUSEKEEPER: cosa deve fare?

DEFINIZIONE DEI COMPITI

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">FUNZIONI</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">a - di sorveglianza e controllo negli spazi comuni relativamente a:</p>	<p style="font-size: 2em; font-weight: bold;">2</p> <p>manutenzione ordinaria</p>	<p>fa rimuovere piccole situazioni murarie inadeguate, fa effettuare piccoli interventi elettrici, idraulici, di falegnameria, di imbiancatura, di rimessaggio e ripristino locali (es: sostituzione neon, lampadine, ripresa di imbiancatura, sostituzione vetri rotti..)</p> <p>controlla il funzionamento di infissi, finestre, porte e serrature ed effettua le richieste di pronto ripristino, seguendo la pratica fino all'espletamento.</p> <p>controlla la funzionalità degli ascensori e segnala eventuali guasti.</p> <p>sorveglia i distributori di bevande e alimenti ed inoltra le segnalazioni di malfunzionamento e disguidi.</p> <p>sorveglia il mantenimento del decoro delle sedute e interviene con la sostituzione in caso di necessità.</p> <p>predispone che vengano rinfrescate le pareti sporche o con eventuali scritte.</p> <p>fa rimuovere fogli, depliant, poster ed altro materiale di avviso non autorizzato, non pertinente o fuori dagli spazi di affissione.</p> <p>supervisiona gli spazi verdi dell'ospedale, avendo cura che siano puliti e mantenuti in ordine.</p> <p>controlla lo stato dei pavimenti, delle scale e dei marciapiedi, facendo prontamente richiesta di intervento all'Ufficio Manutenzione, seguendo la pratica e verificandone l'effettiva esecuzione degli stessi.</p> <p>controlla e fa allontanare materiale impropriamente accumulato e depositato nei corridoi, nelle sale d'attesa, sulle terrazze, sulle vie di accesso ecc.</p>
--	---	---

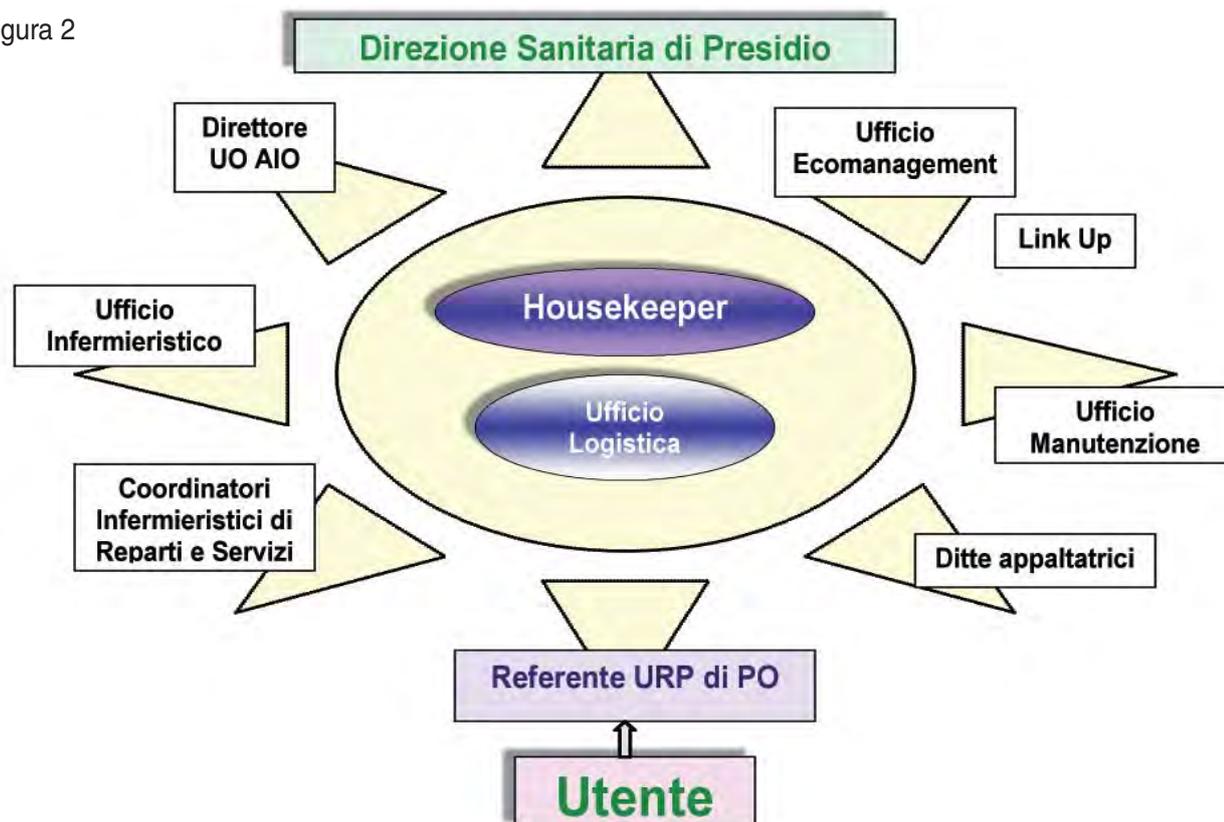
JOB DESCRIPTION – SCHEDA 4

HOUSEKEEPER: cosa deve fare?

DEFINIZIONE DEI COMPITI

FUNZIONI a - di sorveglianza e controllo negli spazi comuni relativamente a:	3 logistica	<p>controlla periodicamente la segnaletica (inclusa la segnaletica di pericolo, antincendio, evacuazione, antifumo, ecc.), provvede a farla sostituire quando non è più integra o decorosa, quando non è più in accordo con le indicazioni aziendali; provvede all'aggiornamento quando vi sono delle variazioni o dei trasferimenti di locali o cambiamenti di destinazione d'uso.</p> <p>supervisiona i traslochi e i trasferimenti di tutti i locali del Presidio.</p> <p>colloca il materiale dismesso in un deposito temporaneo.</p> <p>verifica le condizioni di arredi, attrezzature e materiali dismessi: se lo stato del materiale dismesso è in buone condizioni lo distribuisce quando viene richiesto, oppure se lo stato del materiale non lo consente lo avvia al corretto allontanamento e smaltimento.</p> <p>gestisce una piccola quantità di "muletti", custoditi in apposito locale, che consegna al bisogno.</p> <p>verifica con la Portineria la corrispondenza delle chiavi dei locali dell'Ospedale col censimento aggiornato; e provvede al reintegro delle chiavi mancanti.</p> <p>avverte la Polizia Municipale competente, se necessario, per segnalare gli autoveicoli posteggiati impropriamente di fronte al DEA e agli ingressi e che ostacolano la circolazione.</p>
--	-----------------------	--

Figura 2



JOB PROFILE – SCHEDA 5	
HOUSEKEEPER: caratteristiche della posizione	
DECLARATORIA delle caratteristiche fondamentali necessarie: appartiene a questa categoria l'operatore che possiede:	
COMPETENZE TECNICO- PROFESSIONALI	<p>Conoscenze tecniche e metodologiche (generali e specifiche) relative a:</p> <p>conoscenza strutturale del Presidio e della tipologia di Strutture e attività esistenti al suo interno fonti informative e di documentazione e tecniche di ricerca delle informazioni relazione d'aiuto</p>
insieme composito di conoscenze: le informazioni e i "saperi" tecnici e metodologici) e di capacità tecniche, metodologiche e operative specifiche di un contenuto lavorativo/area professionale, che è soprattutto ricavabile dall'analisi delle attività caratterizzanti i processi lavorativi di riferimento.	<p>Capacità tecniche, metodologiche e operative - capacità di:</p> <p>individuare e utilizzare modalità e tecniche di comunicazione efficaci definire percorsi e strategie di azione per la risoluzione dei problemi definire e monitorare un progetto/piano d'azione prefigurare strategie e strumenti di intervento per fronteggiare situazioni critiche e imprevisti ed essere predisposto a muoversi verificando personalmente i bisogni scambiare informazioni con altri operatori e altri servizi collaborare con interlocutori a diversi livelli nella ricerca di soluzioni ai problemi avere un discreto numero di capacità anche pratiche definire percorsi adeguati di ricerca delle informazioni, individuando le informazioni utili alla soluzione dei problemi</p>
COMPETENZE TRASVERSALI	<p>Competenze comunicativo-relazionali - sono competenze di fondamentale importanza al fine di determinare comportamenti comunicativi e relazionali efficaci (sui versanti della trasmissione di informazioni, della gestione e controllo di processi e modalità di comunicazione, della gestione di relazioni formali e informali di diversa natura), finalizzati al presidio delle relazioni che ai diversi livelli dell'organizzazione di appartenenza e fuori da essa sono implicate nello svolgimento delle proprie funzioni e attività.</p> <p>Capacità di: trasmettere informazioni in modo chiaro e adeguato al proprio interlocutore adattare il proprio stile comunicativo rapportandosi a persone di diversa provenienza sociale e culturale controllare gli effetti della propria comunicazione concertare e negoziare soluzioni</p>
	<p>Competenze organizzative - nucleo di competenze ritenute essenziali al fine di produrre comportamenti professionali e organizzativi efficaci sul piano dell'esercizio delle funzioni nel contesto di riferimento, finalizzato agli obiettivi operativi prefissati.</p> <p>Capacità di: interpretare la domanda e comprendere il bisogno del proprio interlocutore identificare la gamma di possibili risposte ad un problema e prefigurare alternative d'azione, valutando vincoli e risorse della situazione progettare e monitorare percorsi e strategie di azione prestare grande attenzione ai dettagli e predisposizione a che l'ambiente sia confortevole</p>
Riferimenti normativi	nessuno

SCHEDA 6 – IPOTESI PER UNA COLLOCAZIONE DELL'HOUSEKEEPER		
Struttura esistente	Pro	Contro
DSPO	controllo diretto delle attività dell'Housekeeper da parte della DSPO interfaccia più autorevole con le UO Centrali di riferimento per le sue attività migliore collocazione per l'esercizio delle funzioni autonome	controllo a distanza delle attività dell'Housekeeper da parte della DSPO minor autorevolezza nei rapporti con le UO Centrali di riferimento per le sue attività
Ufficio Ecomanagement	contatto diretto con il referente di Presidio per le attività di sanificazione	inserimento in un ufficio che non presidia molte delle attività dell'Housekeeper
Ufficio Manutenzione	inserimento nell'Ufficio che presidia la maggior parte delle attività svolte dall'Housekeeper per gli Spazi Comuni contatto diretto con il referente dell'Ufficio di Manutenzione di Presidio contatto diretto con le Ditte di manutenzione conoscenza diretta delle attività di manutenzione in corso possibilità di gestione concordata degli interventi di manutenzione sulle Aree Comuni sorveglianza diretta sulla pianificazione, attivazione e sorveglianza delle attività di manutenzione sulle Aree Comuni	inserimento in un ufficio che non presidia alcune attività dell'Housekeeper

SCHEDA 7 - II MODELLO ADOTTATO: quali competenze? Competenze distintive personali		
Modello delle competenze manageriali (testo di riferimento di Spencer Lyle M., Spencer Signe M., "Competenza nel lavoro. Modelli per una performance superiore" (Franco Angeli, 2001).	competenze di realizzazione e operative	orientamento al risultato accuratezza iniziativa ricerca delle informazioni
	competenze di assistenza e servizio	sensibilità interpersonale orientamento al cliente
	competenze di influenza e direzione	persuasività e influenza consapevolezza organizzativa costruzione della relazione
		sviluppo degli altri assertività e uso del potere formale lavoro di gruppo, cooperazione leadership del gruppo
	competenze cognitive	pensiero analitico pensiero concettuale capacità tecniche, professionali, manageriali
	competenze di efficacia personale	autocontrollo fiducia in sé stessi flessibilità impegno verso l'organizzazione

IQIP: l'International Quality Indicator Project negli ospedali italiani

Riassunto

L'adesione al progetto IQIP da parte di alcuni ospedali italiani, avvenuta nell'aprile del 2005, nasce dalla necessità di usufruire di uno strumento atto a supportare le organizzazioni sanitarie nell'identificazione di nuove opportunità volte a migliorare i propri servizi di assistenza.

La scelta strategica di rilevare alcuni indicatori piuttosto che altri, deriva dall'esigenza aziendale di monitorare specifiche tematiche; ciò ha comportato, sin dall'inizio, la necessità di creare un dialogo tra più figure professionali, afferenti ad ambiti aziendali diversi; l'approccio multidisciplinare si è dimostrato uno dei punti di forza del progetto IQIP ed ha permesso di coinvolgere i clinici nella discussione collegiale dei risultati insieme ai responsabili dell'organizzazione aziendale.

Gli indicatori scelti sono stati di grande aiuto nell'oggettivare alcune criticità, con positive ricadute sia sulla performance clinica sia sulla programmazione aziendale consentendoci di utilizzare i dati significativi emersi, quale trait d'union tra tematiche di estrema attualità come il Risk Management e l'Accreditamento.

Summary

In April 2005, some Italian hospitals started participation in the IQIP project with the aim of improving the quality in healthcare using "indicator sets", each of these divided in "measures".

Every hospital started identifying its own clinical performance indicators, chosen in order to monitor one or more measures from the specific indicator set. This type of approach required the creation of a multidisciplinary team (clinicians, managers, nurses, statisticians...) involved in gathering of data: one of the most important feature in the IQIP project which leads to a "dialogue" between practitioners about clinical performances.

After two years of experience we can state that the IQIP tools helped us to disclose critical points in the organizations and to improve clinical performance; in addition we had the opportunity of using the significant data, collected as a base for specific risk management programs or for accreditation programs.

Ulrich Wienand*, **C. Adamo***, **G. Blancato***, **Luca Favero*****,
Martina Taglioni***, **Elisabetta Mon******, **S. Venero*******

*Azienda Ospedaliero-Universitaria "Arcispedale Sant'Anna", Ferrara

**Azienda Ospedaliera "S. Maria Nuova", Reggio Emilia

***Azienda Ospedaliero-Universitaria "Sant'Orsola-Malpighi", Bologna

****APSS Trento, Ospedale "Santa Chiara"

*****Azienda USL, Bologna

INTRODUZIONE

Oggi in molte nazioni la misurazione degli "outcome" nelle strutture ospedaliere sta diventando un item

di fondamentale interesse sia dal punto di vista del paziente sia da quello della dirigenza aziendale. Le problematiche che sorgono quando si affronta l'argomento sono sostan-

zialmente di due ordini: che cosa si debba intendere per "outcome" (o qualità dell'assistenza) e quali siano gli indicatori significativi che si riescano a monitorare all'interno di una struttura sanitaria. E' spesso difficoltoso definire che cosa debba intendersi per "qualità" e soprattutto come sia possibile misurarne il livello; se è facile, anche per i profani, riconoscere la mancanza di qualità, è invece difficile delimitare gli ambiti ed individuare le misure specifiche che riescano a dare una visione di insieme della buona pratica clinica svolta in un ospedale.

L'Istituto di Medicina negli Stati Uniti definisce la qualità dell'assistenza sanitaria come il grado in cui i servizi sanitari, per gli individui e per le popolazioni, aumentano la probabilità che si verifichino gli "outcome" di salute desiderati e in cui le prestazioni offerte sono coerenti con le conoscenze professionali più aggiornate (1).

Negli USA l'attenzione nei confronti di questa tematica risale ai primi anni '80 ed è proprio in questo contesto che nel 1985, nello stato del Maryland, prese avvio un progetto pilota denominato "Quality Indicator Project", su iniziativa di alcune direzioni ospedaliere che volevano integrare i propri dati economici con quelli di performance clinica (2).

Successivamente il progetto ha coinvolto istituzioni in tutti gli Stati Uniti e dal 1992 anche all'estero, per arrivare a circa 600 ospedali, di cui 250 fuori dagli USA (Gran Bretagna, Taiwan, Portogallo, Austria, Germania, Italia, Svizzera, Giappone, Singapore, Cina, Irlan-

**PAROLE CHIAVE:**

qualità, indicatore, performance, governo clinico.

KEY WORDS:

quality, measure, performance, clinical governance

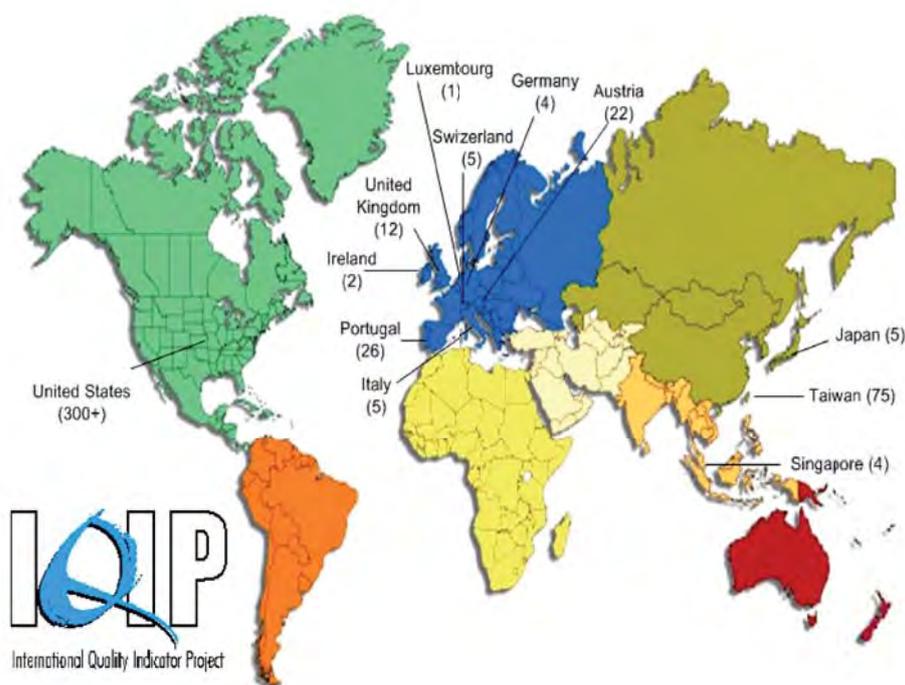


Figura 1: Numero di ospedali partecipanti al progetto IQIP nel mondo

da, Lussemburgo), diventando “International Quality Indicator Project (IQIP)” (Fig. 1) (3,4,5,6,8,9).

Si tratta del più grande progetto e database internazionale relativo ad indicatori di outcome e performance clinica; costituisce un utile strumento atto a supportare le organizzazioni sanitarie nell’identificazione di nuove opportunità volte a migliorare i propri servizi di assistenza.

La maggior parte degli indicatori è “hospital-wide,” adatto quindi per un confronto fra interi ospedali, non fra singole unità operative.

Rispetto ad altri sistemi di indicatori utilizzabili in Italia a livello sanitario,

il progetto IQIP consente ad ogni ospedale, in virtù dell’alto numero di partecipanti in tutto il mondo, di valutare, per ciascun indicatore scelto, il proprio posizionamento sia rispetto alla media nazionale, europea ed internazionale, sia rispetto a gruppi di strutture, selezionate in base a caratteristiche analoghe

alla propria (“peer groups”).

Il fine ultimo che caratterizza il sistema IQIP non riguarda tanto i dati statistici in sé, bensì l’analisi dei motivi che generano questi dati; si assume che la misurazione possa avvenire globalmente, mentre la valutazione tenga conto delle variabili relative al contesto geografico ed economico delle singole realtà partecipanti. E’ dello stesso Direttore del Progetto IQIP il paragone fra l’indicatore che segnala la possibile esistenza di un problema con un “cane di caccia” (pointer) che punta la selvaggina, mentre sono i cacciatori a dovere prendere la preda. (Fig. 2)

E’ sottinteso inoltre che la registrazione di un significativo scostamento rispetto ai valori ritenuti accettabili induca una considerevole spinta al miglioramento nelle organizzazioni stesse. I partecipanti al progetto ricevono trimestralmente dei “report riservati” atti ad illustrare il trend longitudinale ed il confronto su tassi aggregati a livello regionale, nazionale e internazionale. (Fig. 3)

QUALI SONO GLI INDICATORI IQIP?

Il Progetto permette di utilizzare set di indicatori di performance (“indicators”), relativi a quattro differenti tipi di assistenza sanitaria: assistenza in ospedali per acuti, assistenza psichiatrica, assistenza in lungodegenza e assistenza domiciliare. Quelli applicabili agli ospedali per acuti sono elencati in Tabella 1. Le

Box 1 - Indicatore 6 (Gestione del Parto): le 5 misure specifiche

- percentuale di parti cesarei sul totale dei parti
- parti cesarei primari
- parti cesarei ripetuti
- parti vaginali dopo parti cesarei precedenti (VBAC)
- “parto di prova” (trial of labor) ad esito positivo in pazienti con precedente parto cesareo.

JOURNAL of AMRA

AMERICA'S HEALTH INFORMATION LEADERS AMERICAN MEDICAL RECORD ASSOCIATION

SEPTEMBER 1991

62 / 9



Performance Indicators: Pointer Dogs in Disguise — A Commentary
KAZANDJIAN

A Vision for Future Patient Records
STEEN AND DETMER

Electronic Signatures: A Brief Overview
NOEL

Medical Records in Healthcare for the Homeless
FRY

Advance Directives
MANNY

strutture sanitarie che aderiscono al progetto possono utilizzare una oppure tutte le misure specifiche previste da un indicatore; la scelta delle misure da adottare viene effettuata dalla struttura partecipante e dipende dalle sue priorità di misurazione e di miglioramento delle specifiche performance.

Attualmente è possibile monitorare 22 indicatori ("indicators"), ciascuno suddiviso in più sottomisure specifiche (344 "measures" in totale), come esemplificato nel Box 1 relativo all'indicatore 6.

Il sito IQIP (www.international-qip.com), dispone di una sezione aperta al pubblico, tradotta anche in italiano, nella quale sono disponibili: la brochure del progetto, le modalità di partecipazione e tutte le informazioni riguardanti gli indicatori utilizzati.

La partecipazione è volontaria e le

strutture sanitarie di ogni nazione possono costituire centri nazionali di coordinamento, purchè per tale nazione siano presenti nel progetto almeno 5 ospedali.

Ogni ospedale che aderisce al progetto può scegliere per quali e quanti indicatori del set vuole iniziare la raccolta dei dati; tipicamente in fase iniziale ne vengono utilizzati dai 2 ai 4, aumentando progressivamente, in base al proprio interesse ed alle proprie possibilità di raccolta del dato.

Nella sezione del sito web riservata agli iscritti ciascun partecipante, con accesso riservato, inserisce trimestralmente i valori dei propri dati con dettaglio mensile.

Questi vengono elaborati e validati dal sistema e restituiti sotto forma di report (Fig. 3) informatizzato entro 20 giorni dall'immissione.

Nella reportistica ciascuna struttu-

Figura 2: L'immagine simbolo del progetto IQIP

ra viene indicata con un numero di identificazione anonimo al fine di garantire la riservatezza dei dati. Questo rapido feedback costituisce un aspetto estremamente importante del progetto, in quanto permette alla struttura sanitaria di comparare, in tempi brevi, i propri valori con la media europea ed internazionale per quello specifico indicatore e di restituire l'informazione ai propri professionisti.

Il sito IQIP consente inoltre l'utilizzo di un software con funzioni di grafica ed elaborazione statistica dei propri dati.

Questo strumento rappresenta un valore aggiunto, consentendo ai partecipanti di elaborare diagrammi (Fig. 4) sia longitudinali, lungo tutto l'arco temporale di adesione al progetto, sia di confronto a livello dell'intero sistema IQIP o di specifici gruppi regionali, sulla base dei dati inseriti sino a quel momento. E' inoltre possibile utilizzare metodologie di controllo statistico del processo, attraverso la creazione di run chart, control chart e applicazione automatica dei criteri per individuare trend, outlier ecc.

L'ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

Il progetto internazionale è gestito dal Center for Performance Sciences (CPS) del Maryland.

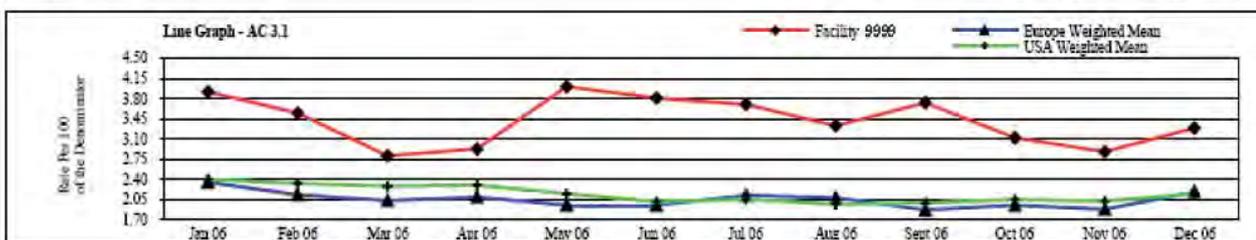
In varie nazioni partecipanti esistono dei centri di coordinamento, spesso istituzioni universitarie o istituti di ricerca, con il compito di:

- fungere da trait d'union fra CPS e gli ospedali sul territorio nazionale,
- individuare un "coordinatore di sistema" con funzioni tecniche (controllo dei dati, cura del software..),

Measure AC 3.1 Total acute care inpatient mortality
 Numerator Number of acute inpatient care deaths
 Denominator Number of acute inpatient care discharges
 Multiplier 100

Facility 9999 - 4Q 2006
 Page 4 of 144

Source: IQIP Acute Care Quarterly Report



	Europe													4Q 2006	
	Jan 06	Feb 06	Mar 06	1Q 2006	Apr 06	May 06	Jun 06	2Q 2006	Jul 06	Aug 06	Sept 06	3Q 2006	Oct 06		Nov 06
Facility Count (N)	137	137	137	137	143	143	143	143	143	143	143	143	139	139	139
Total Numerator	2620	2334	2525	7479	2313	2287	2220	6930	2349	2156	2047	6552	2099	2076	2210
Total Denominator	111421	109691	124141	345253	110626	117449	113610	341683	111012	103765	109409	324186	107412	110671	101315
Minimum Rate	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Maximum Rate	8.35	8.85	9.51	9.06	7.14	7.47	6.18	6.81	10.55	14.18	7.21	9.83	7.52	7.41	8.18
1st Quartile	0.00	0.00	0.00	0.11	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Median	0.61	0.60	0.47	0.53	0.50	0.51	0.53	0.58	0.48	0.49	0.44	0.43	0.70	0.42	0.52
3rd Quartile	1.78	1.61	1.49	1.44	1.68	1.54	1.48	1.40	1.55	1.59	1.51	1.42	1.60	1.39	1.69
Unweighted Mean	1.33	1.26	1.15	1.24	1.18	1.11	1.09	1.13	1.20	1.24	1.10	1.17	1.15	1.04	1.19
Standard Deviation	1.78	1.78	1.67	1.70	1.69	1.45	1.48	1.47	1.82	2.05	1.49	1.68	1.45	1.56	1.71
Weighted Mean	2.35	2.13	2.03	2.17	2.09	1.95	1.95	2.00	2.12	2.08	1.87	2.02	1.95	1.88	2.18

	USA													4Q 2006	
	Jan 06	Feb 06	Mar 06	1Q 2006	Apr 06	May 06	Jun 06	2Q 2006	Jul 06	Aug 06	Sept 06	3Q 2006	Oct 06		Nov 06
Facility Count (N)	238	238	238	238	234	234	234	234	227	227	227	227	207	207	206
Total Numerator	4677	4252	4735	13664	4191	4048	3714	11933	3613	3598	3557	10768	3425	3276	3594
Total Denominator	195246	182124	207250	564620	182612	187895	184473	554979	175830	182891	179101	537922	166048	162176	167307
Minimum Rate	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Maximum Rate	41.67	44.44	33.33	38.89	37.50	50.00	20.00	37.50	22.22	38.46	100.00	34.29	14.29	37.50	50.00
1st Quartile	1.71	1.62	1.53	1.73	1.72	1.47	1.41	1.72	1.30	1.34	1.33	1.49	1.40	1.46	1.33
Median	2.32	2.41	2.17	2.33	2.27	2.15	2.02	2.14	1.96	1.90	1.90	1.99	2.24	2.05	2.19
3rd Quartile	3.25	2.98	2.98	2.91	2.93	2.79	2.58	2.68	2.75	2.51	2.71	2.52	2.72	2.73	2.84
Unweighted Mean	2.66	2.58	2.47	2.56	2.55	2.41	2.15	2.38	2.21	2.16	2.71	2.23	2.20	2.28	2.47
Standard Deviation	2.78	2.96	2.32	2.36	2.58	3.29	1.52	2.46	1.80	2.60	7.03	2.32	1.34	2.65	3.53
Weighted Mean	2.40	2.33	2.28	2.34	2.30	2.15	2.01	2.15	2.05	1.97	1.99	2.00	2.05	2.02	2.15

Figura 3: Esempio di report

- consegnare il software specifico, custodire le password assegnate da CPS e garantire il totale anonimato alle aziende partecipanti,
 - assistere le aziende con formazione adeguata, dare supporto per eventuali problemi di comprensibilità, traduzione ecc.
 - effettuare confronti statistici "peer group" con altri ospedali simili per caratteristiche quantitative, geografiche, di offerta, ..
 - fornire formazione continua, organizzare periodiche riunioni dei partecipanti (user meeting).
- Alle singole aziende partecipanti, invece, spettano i seguenti compiti:
- inviare proprio personale alla formazione su:
 - scopo e filosofia del progetto (direzioni aziendali)
 - singoli indicatori, il manuale, la raccolta e l'analisi dei dati (clinici ed altri operatori interessati)
 - uso del software (personale adibito alla trasmissione dei dati)
 - scegliere gli indicatori a loro adatti ed immettere periodicamente i dati
 - produrre grafici, control chart, report con il software specifico
 - confrontare la propria performance con altri ospedali simili, con le medie europee o internazionali
 - decidere se pubblicare i propri dati (sotto propria responsabilità).

L'ESPERIENZA IQIP IN ITALIA

L'idea di una adesione italiana ad IQIP risale al Convegno "Introdurre gli indicatori di performance nel

Box 2 - Gli ospedali partecipanti a IQIP in Italia.
 Azienda Ospedaliero Universitaria "S. Anna", Ferrara
 Azienda Ospedaliero Universitaria "S. Orsola-Malpighi", Bologna
 Azienda Ospedaliera "S. Maria Nuova", Reggio Emilia
 Ospedale "S. Chiara", Trento
 Ospedale Maggiore, Bologna

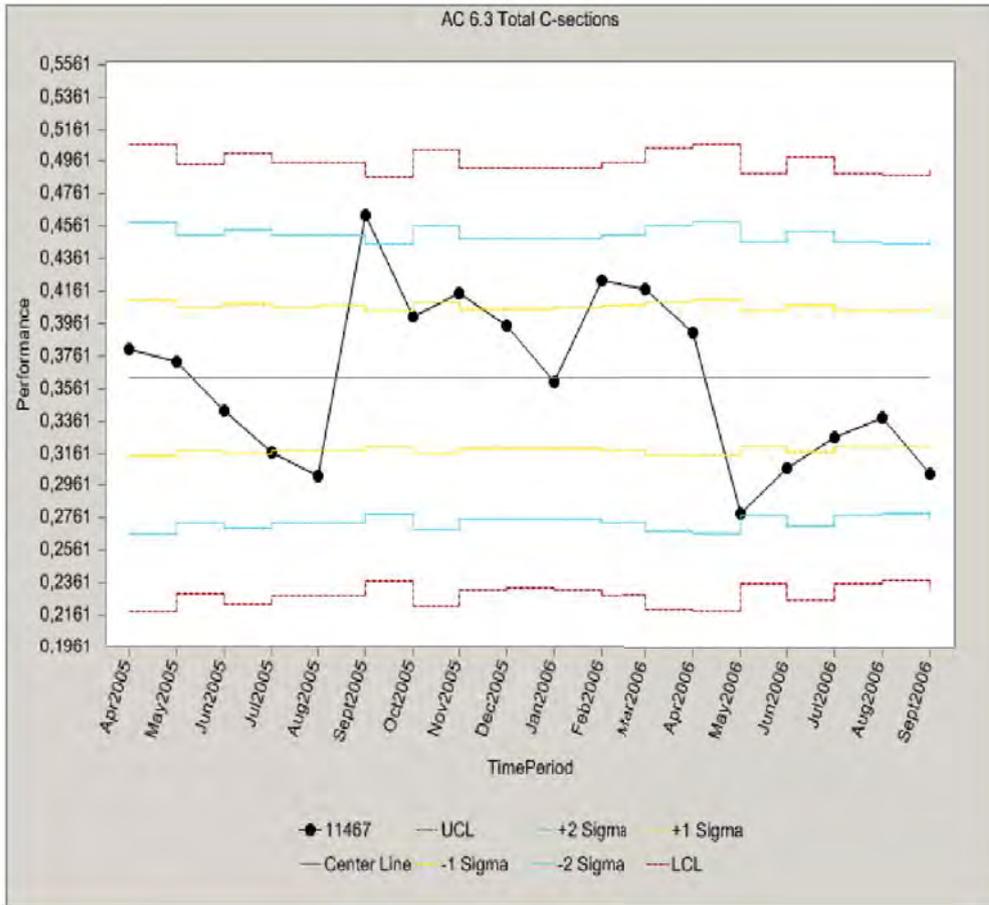


Figura 4: Esempio di control chart

I dati degli indicatori scelti sono stati di grande aiuto nell'oggettivare alcune criticità, con positive ricadute sia sulla performance clinica sia sull'azienda, che ha individuato le basi sulle quali intraprendere precisi programmi sperimentali, per esempio di Risk Management: le cadute occorse ai ricoverati. Gli indicatori del progetto IQIP possono quindi essere considerati un elemento di supporto al sistema del "governo clinico" estendendo il proprio arco di utilizzo dalla valutazione della performance alla gestione del rischio clinico (7) ed alla conformità rispetto ai requisiti per l'Accreditamento (richiesti sia da parte della Joint Commission che dalle regioni italiane).

CONCLUSIONI

La partecipazione al progetto IQIP ha avuto, nelle Aziende partecipanti al progetto, un impatto sicuramente positivo da più punti di vista: ha fornito gli strumenti per la misurazione accurata e metodologicamente testata della performance, coinvolgendo in prima persona i professionisti clinici, principali attori della performance stessa; ha consentito di ragionare in termini di qualità della prestazione oggetto dell'indicatore, favorendo una "interattività" tra gli ambiti clinico ed organizzativo volta all'analisi collegiale delle eventuali criticità emerse; ha, infine permesso di utilizzare la significatività dei dati emersi quale trait d'union, a livello aziendale, tra tematiche di estrema attualità come il Risk Management e, nel caso specifico, l'Accreditamento Regionale.

La positiva esperienza di questa prima fase di implementazione per l'Italia porta ad ipotizzare in

Servizio Sanitario Nazionale" (10), svolto nel Novembre 2003 a Ferrara, durante il quale i colleghi di alcuni ospedali italiani cominciarono ad interessarsi al progetto. La fase di avvio ebbe inizio nella primavera del 2005. Sino ad oggi sono state istruite da docenti tedeschi e americani 40 persone (afferenti agli staff di 5 ospedali italiani - vedi Box 2) all'uso di IQIP.

Attualmente gli indicatori per i quali vengono rilevati i dati, da uno o più ospedali in Italia, sono:

- Mortalità neonatale
- Gestione del Parto
- Mortalità intraospedaliera
- Tempo di permanenza in Pronto Soccorso
- Procedure endoscopiche cancellate il giorno dell'esame
- Cadute accidentali
- Ritorni non pianificati in Pronto Soccorso
- Mortalità perioperatoria

- Pazienti che lasciano il Pronto Soccorso precocemente
- Riammissioni non pianificate in ospedale.

La scelta strategica di rilevare da subito alcuni indicatori piuttosto che altri è nata dall'esigenza aziendale di monitorare specifiche tematiche; ciò ha comportato, sin dall'inizio, la necessità di instaurare un dialogo, rivelatosi nel tempo proficuo, con più figure professionali afferenti ad ambiti aziendali diversi (professionisti clinici, statistici, dirigenti assistenziali, dirigenti di staff alla Direzione Generale).

Dopo due anni di esperienza è possibile affermare che tale approccio multidisciplinare si è dimostrato uno dei punti di forza del progetto IQIP, in quanto ha permesso di coinvolgere i clinici nella discussione collegiale dei risultati insieme ai responsabili dell'organizzazione aziendale.

Tabella 1: Indicatori IQIP per Acuti

Indicatori per ricoverati in reparti per acuti
AC Indicatore 1a: Infezioni associate a dispositivo in Unità di Terapia Intensiva
AC Indicatore 1b: Utilizzo di dispositivi in Unità di Terapia Intensiva
AC Indicatore 2a: Infezioni del sito chirurgico
AC Indicatore 2b: Antibiotico Profilassi nelle Procedure Chirurgiche
AC Indicatore 3: Mortalità nei pazienti ricoverati
AC Indicatore 4: Mortalità neonatale
AC Indicatore 5: Mortalità perioperatoria
AC Indicatore 6: Gestione del parto
AC Indicatore 7: Riammissioni non pianificate
AC Indicatore 8: Ammissioni non pianificate dopo procedure ambulatoriali
AC Indicatore 9: Ritorni non pianificati in Unità di Terapia Intensiva
AC Indicatore 10: Ritorni non pianificati in sala operatoria
AC Indicatore 11: Mortalità perioperatoria per CABG isolata
AC Indicatore 12: Eventi in cui si utilizza la Restrizione Fisica
AC Indicatore 13: Cadute Documentate
AC Indicatore 14a-14e: Complicanze a seguito di Sedazione e Analgesia in Unità di Terapia Intensiva (14a), Laboratori di Emodinamica (14b), Ambulatori Endoscopici (14c), Dipartimenti di Emergenza (14d), e Ambulatori di Radiologia (14e)
AC Indicatore 15: Ulcere da pressione nei ricoverati in reparti per acuti
AC Indicatore 16a: Trombosi Venosa Profonda e Tromboembolia Polmonare dopo intervento chirurgico
AC Indicatore 16b: Tromboprofilassi per intervento chirurgico
Indicatori in Ambulatori per acuti
AC Indicatore A1: Ritorni non pianificati nel Pronto Soccorso
AC Indicatore A2: Tempo di permanenza nel Pronto Soccorso
AC Indicatore A3: Discrepanze nelle radiografie del Pronto Soccorso che richiedono una variazione nella gestione del paziente
AC Indicatore A4: pazienti che abbandonano il Pronto Soccorso prima che il trattamento terapeutico sia completato
AC Indicatore A5: Cancellazione di procedure ambulatoriali pianificate
AC Indicatore A6: Cadute Documentate negli ambulatori

tempi brevi un allargamento delle aziende partecipanti, aspetto che permetterà un confronto all'interno delle aziende italiane maggiormente significativo e la discussione e condivisione dei risultati tra strutture più omogenee tra loro.

BIBLIOGRAFIA

(1) Davoli M, Amato L, Minozzi S, Bargagli AM, Vecchi S, Perucci CA. Volumi di attività ed esito delle cure; revisione sistematica della letteratura. *Epidemiologia e Prevenzione* 2005; an-

no 29 (3-4), (Suppl. Mag-Ago).

(2) Matthes N. Measuring Hospital Performance. *European Hospital* 2005; 6: 7.

(3) Cardoso MA. IQIP – Portugal: Um processo em melhoria continua. *Qualidade em Saúde* 2006; 14.

(4) Kazandjian VA. Interview about the introduction of quality evaluation in Spanish hospitals with Dr. Vahe A. Kazandjian. *Diario Medico* 2005.

(5) Kazandjian VA. Interview with Dr. Vahe A. Kazandjian. *Incentivar e Desenvolver o PQIP. Revista do Instituto da Qualidade em Saúde* 2004; 11.

(6) Kazandjian VA, Vallejo P. La evaluación local de calidad mediante instrumentos de medida genéricos. *Gac Sanit* 2004;18(3):225-234.

(7) Kazandjian VA, Wicker K, Ogunbo S, Silverman N. Understanding safer practices in health care: a prologue for the role of indicators. *J Eval Clin Pract* 2005;11(2):161-70.

(8) Pschibilla C, Matthes N. Quality Indicator Project: Grundlage für ein wissenschaftlich fundiertes nationales und internationales Benchmarking. *Hospital* 2005; 4: 23.

(9) Thomson R, Taber S, Lally J, Kazandjian V. UK Quality Indicator Project(R) (UK QIP) and the UK independent health care sector: a new development. *Int J Qual Health Care* 2004;16 (Suppl 1):151-156.

(10) Wienand U, Ughi M. Introdurre gli Indicatori di Performance nel Servizio Sanitario Nazionale. CD-ROM, TLA Editrice 2003.



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, nella casa 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 reparti di terapia intensiva a quelli di medicina nucleare, dai reparti di riabilitazione ai laboratori.

COOPSERVICE. MOLTO PIU' DI UN SEMPLICE FORNITORE





CISA Sistemi di Sterilizzazione: Qualità, Affidabilità, Sicurezza, Assistenza, Bassi costi di gestione.

Studio, ricerca e sviluppo di tecnologie innovative, sono solo alcuni dei principi che CISA segue da sempre nella produzione delle proprie apparecchiature, comprendenti tra le altre unità di lavaggio, disinfezione e sterilizzazione fino ad arrivare al più avanzato software di gestione, tracciabilità e controllo dei processi.

Le apparecchiature CISA, al fine di garantire sempre la massima sicurezza, sono progettate in conformità con i più sofisticati metodi di controllo per la sicurezza: tutte le apparecchiature, controllate interamente da sistemi a logica programmabile per la gestione dei cicli, sono provviste di un sistema di autodiagnosi e monitoraggio.

Le soluzioni tecniche studiate sulle macchine prodotte sono tali da consentire un alto risparmio energetico: con Aquazero, l'ultima novità all'avanguardia brevettata da CISA, i consumi d'acqua per un ciclo di sterilizzazione saranno ridotti di oltre il 97%, di oltre il 75% quelli energetici.

CISA, attraverso un'assistenza tecnica (pre e post vendita) capillare ed altamente specializzata, garantisce che le proprie apparecchiature forniscano le migliori prestazioni, in qualsiasi luogo del mondo esse vengono installate.

Il Progetto “Minimizzazione degli errori nella gestione della terapia: l’introduzione di una scheda di terapia unificata”

Riassunto

Gli errori di terapia sono tra le prime cause di eventi avversi sanitari. Questi eventi possono essere correlati con le pratiche professionali, con i prodotti, con le procedure e coinvolgono medici, farmacisti, infermieri e pazienti.

Il progetto prevede l’introduzione di una scheda unica di terapia (STU) per la prescrizione, preparazione e somministrazione dei farmaci. Gli obiettivi sono stati quelli di stimolare i professionisti alla percezione del rischio e sensibilizzarli al corretto uso della scheda di terapia, conoscere, rilevare e prevenire gli errori nel processo terapeutico. Il progetto ha mostrato non solo che la STU incrementa la sicurezza del paziente (di questo vi è evidenza scientifica), ma che è anche fattibile, se introdotta con adeguate modalità.

Summary

Medication errors are common and are the main cause of adverse events in healthcare. The adverse events can be related to professional practices, drugs packaging and procedures; they involve clinical practitioners, pharmacists, nurses and patients.

In this paper we describe the introduction in clinical use of a unified medication planning for prescription, dispensing and drug administration. The change of risk culture about medication errors of different healthcare professionals has been identified as organizational priority and the aim of our work was to make learning and preventing medication errors of easier understanding.

This project shows that the unified medication planning increases patient safety and it is a simple strategy to prevent medication errors.

mentre la terapia è sotto il controllo del professionista sanitario o del paziente stesso (2,3). Tali eventi possono essere correlati con le pratiche professionali, con i prodotti, con le procedure e possono interessare:

- la prescrizione;
- la comunicazione della prescrizione;
- la composizione, l’etichettatura, la confezione, la denominazione del prodotto, le istruzioni per l’uso;
- la dispensazione e la distribuzione;
- la somministrazione;
- l’utilizzo del farmaco;
- il monitoraggio.

In questo delicato processo sono coinvolti medici, farmacisti, infermieri e pazienti. Ognuno di loro può incorrere in un errore se le caratteristiche del sistema non pongono in atto efficienti meccanismi in grado di rendere difficile che ciò possa avvenire.

Nella revisione del processo terapeutico è utile considerare che:

- esiste generalmente una scarsa sensibilità da parte dei professionisti coinvolti nel processo terapeutico: il medico, il farmacista o l’infermiere tendono a negare la possibilità di commettere errori;
- all’interno degli ospedali le diverse fasi del processo terapeutico sono espletate per lo più con comportamenti automatici e routinari con il rischio di mantenere talvolta modalità scorrette che possono essere causa di errori non intenzionali (Figura 1);

Roberta Buracchi* , Angelita Dos Santos* , Giovanna Paggi* , Silvia Galli* , Andrea Vannucci*

*Casa di cura Villadonatello, Firenze

INTRODUZIONE

Gli errori di terapia sono tra le prime cause di eventi avversi sanitari. Vengono infatti riportati dati allarmanti a proposito dei danni provocati ai pazienti connessi con il processo terapeutico. (1)

Il National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP), organo

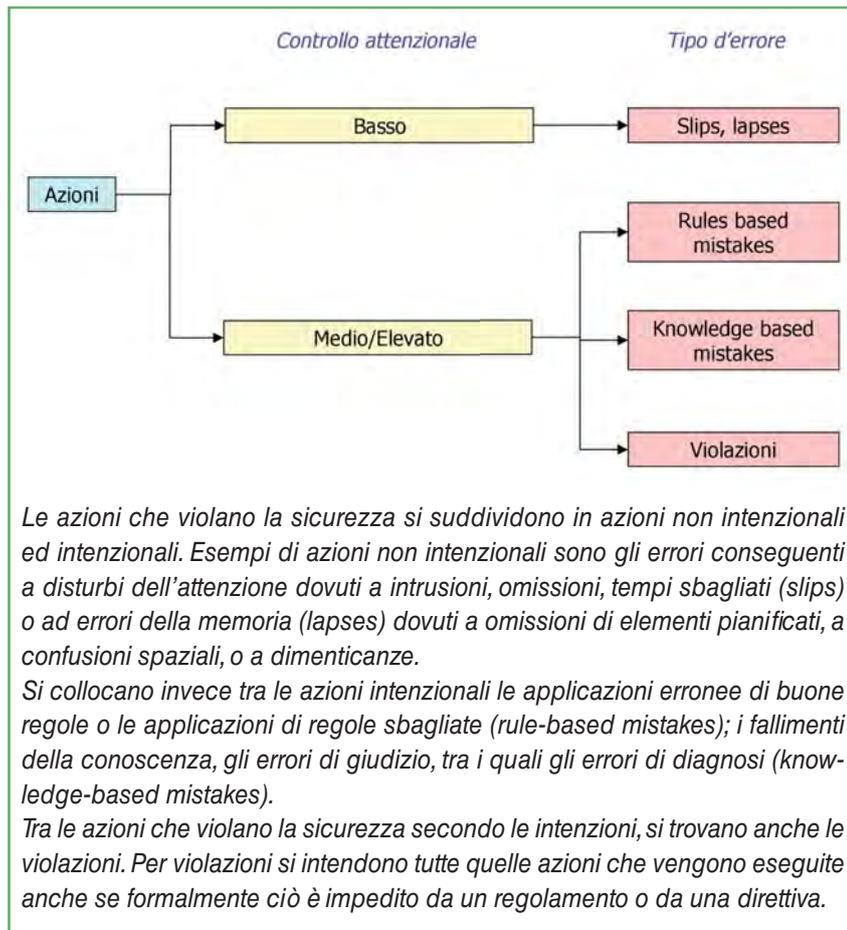
USA indipendente costituito da 19 organizzazioni nazionali incluse la Joint Commission of Healthcare Organizations, la American Pharmaceutical Association (APA) e la American Society of Health System Pharmacists (AHSP), definisce errore in terapia qualunque evento evitabile che può causare o portare ad un utilizzo inappropriato della terapia o a un danno al paziente



PAROLE CHIAVE: Errori di terapia, Scheda unica di terapia (STU), Sicurezza del paziente

KEY WORDS: Medication Error, Scheda Unica Terapia (STU), Patient safety

Figura 1 Classificazione degli errori secondo Reason



■ esiste una difficoltà oggettiva a reperire dati affidabili relativamente agli errori di terapia poiché la maggior parte dei contesti sanitari non possiede sistemi adeguati per la rilevazione ed il monitoraggio degli errori; (4,5,6)

Per prevenire gli errori è importante ricordarsi che le persone possono sbagliare e che gli errori di terapia non sono né compiuti né tanto meno evitati da una persona sola. Per questa ragione, operare con sistemi sicuri è fondamentale per la prevenzione.

Il Centro per la Gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza del Paziente (GRC) della Regione Toscana ha messo a punto nell'anno 2005 una campagna per la prevenzione degli errori di terapia proponendo l'adozione della scheda terapeutica unica (STU) (8) per la prescrizione, preparazione e somministrazione dei farmaci. La STU è lo strumento documentale utilizzato dai medici per la prescrizione, dagli infermieri per la somministrazione, dai farmacisti per rintracciare il percorso del farmaco, quando ve ne sia la necessità.

La STU è fondamentale uno strumento di comunicazione interna, che integra in un unico documento tutte le informazioni sul processo terapeutico dei pazienti ricoverati:

- migliora i problemi di comunicazione, prima causa degli errori di terapia;
- facilita i medici ad effettuare la prescrizione scritta in modo chiaro ed evitare la prescrizione a voce;
- evita passaggi di trascrizione tra la cartella clinica e la cartella infermieristica. Tutti usano la stessa scheda: il medico per la prescrizione e l'infermiere per la somministrazione, con risparmio di tempo e riduzione dei rischi;
- consente di tener traccia su un unico documento di tutte le operazioni effettuate e dell'autore di ognuna di esse;
- consente ai farmacisti di identificare correttamente il prescrivente e le caratteristiche del paziente, in modo tale da dare un contributo attivo per la sicurezza della prescrizione.

Per la realizzazione della campagna il CGRC ha costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da medici, infermieri e farmacisti con l'obiettivo di elaborare uno strumento in grado di aumentare la sicurezza durante il processo di terapia e ridurre i possibili rischi per i pazienti ed al tempo stesso rispondere alle esigenze dei vari contesti organizzativi.

Il gruppo di lavoro ha, come prima azione, effettuato un'analisi sia della letteratura scientifica che degli strumenti in uso nelle strutture ospedaliere della Toscana e poi definito dei "requisiti essenziali" per la realizzazione di una STU che fosse in grado di garantire l'efficienza, la rintracciabilità e la sicurezza sia della fase di prescrizione che di quella di somministrazione della terapia:

Tabella 1. Standardizzazione delle abbreviazioni da utilizzare

UNITA' DI MISURA	ABBREVIAZIONE
chilogrammo	Kg
Grammo	G
Litro	L
Microgrammo	Mcg
Milliequivalenti	Meq
Milligrammo	Mg
Millilitro	MI
Millimoli	Mmoli

Chiarezza e comprensibilità della prescrizione:

- Nome generico o nome commerciale del farmaco scritto con grafia leggibile. Teoricamente dovrebbero essere espressi entrambi, ma se ne viene utilizzato solo uno, è preferibile il nome generico. E' necessario evitare il nome chimico del farmaco
- La forma farmaceutica prescritta (compresse, fiale ecc) per intero senza alcuna abbreviazione
- Il dosaggio per singola somministrazione (mg, g, ecc) scritto con sistema metrico, fatta eccezione per le terapie che impiegano le unità standard
- Il numero di somministrazioni che si intende somministrare nell'arco della giornata. Devono essere evitate prescrizioni ambigue che non specificano le modalità di somministrazione o che possano lasciare spazio all'incertezza in colui che somministra la terapia.
- La via di somministrazione prescelta (il medico deve prescrivere il farmaco nella cella relativa alla tipologia di somministrazione prescelta)
- Il medico che ha prescritto i farmaci deve essere identificabile; il medico firma la terapia e la sua firma è registrata in un apposito registro delle firme.

Chiarezza e comprensibilità della somministrazione:

- Possibilità di rilevare se ogni do-

se prescritta è stata effettivamente somministrata. L'infermiere firma l'avvenuta somministrazione per tipologia di terapia effettuata (orale, parenterale etc.) e la sua firma è registrata in un apposito registro delle firme

- Specificazione del motivo di un eventuale mancata somministrazione: l'infermiere nel caso in cui non somministri la terapia indica la motivazione scegliendo uno dei simboli della legenda riportata sulla stessa scheda terapia
- Rintracciabilità della data delle sospensioni delle terapie effettuate durante il ricovero ed eventualmente sospese: Il medico quando decide di cessare la somministrazione di un farmaco pone la sua firma accanto all'ultima somministrazione in maniera che sia chiaro che non vi sono ulteriori prescrizioni per quel tipo di farmaco
- Identificabilità del medico che ha sospeso la terapia: la firma del medico che interrompe la terapia firma e la sua firma è registrata in un apposito registro delle firme
- Se vengono utilizzate delle abbreviazioni o dei simboli per la prescrizione e/o per la somministrazione di farmaci deve esistere una legenda dove viene esplicitato il significato dei simboli utilizzati
- Completa rintracciabilità ed evi-

denza delle terapie effettivamente somministrate durante tutta la durata della degenza poiché tutti gli infermieri siglano l'avvenuta terapia per tipologia di somministrazione

- Registro di reparto in cui sono archiviate le sigle e le firme di medici ed infermieri autorizzati a prescrivere e somministrare le terapie per permettere la completa rintracciabilità dell'intero processo terapeutico.

Sono state formulate inoltre alcune raccomandazioni:

- Si ritiene fondamentale che la prescrizione del nome del farmaco venga effettuata in modo chiaro e possibilmente in carattere stampatello; una grafia non troppo chiara infatti può rendere difficile la lettura di farmaci con nomi simili costringendo ad un'interpretazione che ha dato origine al 30% degli errori di somministrazione
- Tutte le abbreviazioni sono da evitare, comprese le sigle in uso per il nome dei farmaci o sostanze terapeutiche
- Particolare attenzione va dedicata da parte del medico alle dosi: i numeri devono essere chiari e le unità di misura usate devono essere solo quelle standard del sistema di misura internazionale come riportate nella "Tabella delle unità di misura standard" (tabella 3)
- E' preferibile che le dosi siano già calcolate e definite dal medico e così riportate nella scheda di terapia onde evitare successivi errori di calcolo
- Eliminare quando possibile i decimali (500 mg anziché 0,5 g). I decimali minori di 1 devono essere sempre preceduti dallo zero (es. 0,1 mg). Lo zero dopo la virgola non deve essere mai usato (1mg non 1,0 mg).

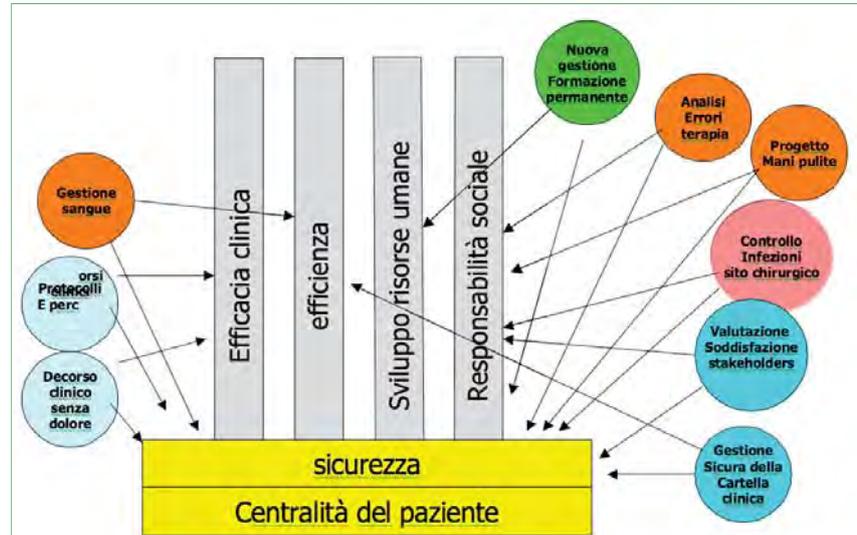
CASISTICA E METODI

Come illustrato nella Figura 2, il progetto sugli errori in terapia è stato realizzato in una ottica aziendale basata su due valori: la sicurezza e la centralità del paziente. Obiettivi del progetto sono stati: stimolare i professionisti alla percezione del rischio e sensibilizzarli al corretto uso della scheda terapia, conoscere, rilevare e prevenire gli errori nel processo terapeutico e creare una cultura aziendale sul rischio. I risultati attesi: la riduzione degli errori di terapia e/o delle condizioni che agli errori possono predisporre.

La realizzazione del progetto è iniziata con una valutazione della documentazione clinica, analizzando in particolar modo la scheda terapia esistente. Sono state prese in considerazione 100 cartelle cliniche, scelte con metodo random, di pazienti dimessi negli ultimi 3 mesi. La scheda terapia in uso riportava solo la parte prescrittiva, la fase di somministrazione, dopo trascrizione da parte dell'infermiere, veniva registrata nella cartella infermieristica. Questo ha comportato quindi, nella prima rilevazione, l'assenza dell'analisi della fase di somministrazione. Successivamente alla prima rilevazione è stato costituito un gruppo di lavoro che ha progettato, seguendo i requisiti di contenuto proposti dal Centro Regionale, una nuova scheda di terapia unificata nella fase di prescrizione e di somministrazione. La scheda è stampata fronteretro, ha una sezione in cui vengono indicate le generalità del paziente (etichetta identificativa), le allergie segnalate e le allergie documentate.

Le terapie sono suddivise per via di somministrazione: endovena, intramuscolo, sottocute, orale, altro. La legenda indica la simbologia da

Figura 2. Le dimensioni della qualità a cui si sono rivolti i progetti di miglioramento anno 2006



La politica per la qualità e per lo sviluppo delle risorse umane di Villadonatello prevede e mette in atto un sistema incentivante legato alla partecipazione dei professionisti a progetti di innovazione, sviluppo e miglioramento misurandone il grado di raggiungimento degli obiettivi. In figura i 9 progetti dell'anno 2006

utilizzare sia in fase di prescrizione che di somministrazione. Inoltre quando vi sia una mancata somministrazione, l'infermiere ne deve specificare il motivo seguendo le note riportate in legenda. La nuova scheda (Figura 3) è stata presentata a tutti i professionisti e quindi introdotta Tre mesi dopo

l'introduzione della nuova STU è stata ripetuta una seconda rilevazione delle cartelle cliniche con analoghe modalità. Per la valutazione delle schede di terapia è stata utilizzata una checklist composta da una serie di items relativi ai requisiti ritenuti essenziali per la qualità e la sicurezza

Figura 3. Il modello di scheda di terapia introdotto nell'uso

villadonatello CASA DI CURA PRIVATA		SCHEMA TERAPEUTICO		<input type="checkbox"/> Prescrizione <input type="checkbox"/> Infusione continua <input type="checkbox"/> Somministrazione <input type="checkbox"/> Somministrazione + Etichetta medico <input type="checkbox"/> Non somministrato		<input type="checkbox"/> Refuso del Paziente <input type="checkbox"/> Diguno <input type="checkbox"/> Assistenza reparto Paziente <input type="checkbox"/> Mancanza del sistema <input type="checkbox"/> Altro		Scheda n. ... LATO A
ALLERGIE RIFERITE: ALLERGIE DOCUMENTATE:		data:	data:	data:	data:	data:	data:	
FIRMA DEL MEDICO/VERIFICAZIONE TERAPIA ?								
FARMACO, DOSAGGIO, QUANTITÀ E FORMA PER OGNI SINGOLA SOMMINISTRAZIONE		DATA INIZIO	FIRMA MEDICO	06 12 14 18 24	06 12 14 18 24	06 12 14 18 24	06 12 14 18 24	06 12 14 18 24
TERAPIA ORALE								
	SICUREZZA DELLA SOMMINISTRAZIONE?							
TERAPIA INVIATA SOTTOCUTEA								
	SICUREZZA DELLA SOMMINISTRAZIONE?							
ALTRI USI								
	SICUREZZA DELLA SOMMINISTRAZIONE?							

Tabella 2. Scheda indicatori

INDICATORE 1	
Denominazione	Qualità e sicurezza nella gestione della terapia relativamente alla fase di prescrizione
Razionale	Determinare la correttezza del processo terapeutico nella fase di prescrizione (attore: il medico) E' importante per modificare la percezione del rischio dei professionisti, sensibilizzarli al corretto uso della scheda terapia, conoscere, rilevare e prevenire gli errori nel processo terapeutico
Tipo di misura	Processo
Tipo di calcolo	Rapporto
Numeratore:	
popolazione inclusa	Schede terapia con punteggio compreso tra 16 – 32 relativamente ai seguenti items 1) Il nome chimico o commerciale Si -Per la maggior parte dei farmaci -Solo per alcuni farmaci -No 2) La forma farmaceutica prescritta (comprese, fiale ecc) Si -Per la maggior parte dei farmaci -Solo per alcuni farmaci -No 3) La quantità giornaliera prescritta (mg, g, ecc) Si -Per la maggior parte dei farmaci -Solo per alcuni farmaci -No 4) La quantità numerica prescritta (1, 2 ecc) Si -Per la maggior parte dei farmaci -Solo per alcuni farmaci -No 5) La via di somministrazione Si -Per la maggior parte dei farmaci -Solo per alcuni farmaci -No 6) E' identificabile il medico che ha prescritto i farmaci in uso in quella giornata Si -Per la maggior parte dei farmaci -Solo per alcuni farmaci -No 7) Durante la durata dell'intera degenza è rilevabile ed identificabile la data delle sospensione delle terapie effettuate durante il ricovero ed eventualmente sospese Si -Nella maggior parte dei casi -Solo qualche volta -No 8) E' identificabile il medico che ha sospeso la terapia Si -Nella maggior parte dei casi -Solo qualche volta -No
popolazione esclusa	Schede terapia con punteggio inferiore a 16
Denominatore:	
popolazione inclusa	Tutte le schede terapia analizzate
popolazione esclusa	Non applicabile
Fonte dei dati:	
numeratore	cartella clinica
denominatore	cartella clinica
Area di applicazione	100 cartelle cliniche relative a ricoveri ordinari e DH
Standard riferimento	Da determinarsi
Periodicità	6 mesi
Proprietario dell'indicatore	Responsabili del progetto
INDICATORE 2	
Denominazione	Qualità e sicurezza nella gestione della terapia relativamente alla fase di somministrazione
Razionale	Determinare la correttezza del processo terapeutico nella fase di somministrazione (attore: l'infermiere) è importante per modificare la percezione del rischio dei professionisti, sensibilizzarli al corretto uso della scheda terapia, conoscere, rilevare e prevenire gli errori nel processo terapeutico
Tipo di misura	processo
Tipo di calcolo	rapporto

segue...

segue tab. 2

Numeratore:	
popolazione inclusa	Schede terapia con punteggio compreso tra 7 – 12 relativamente ai seguenti items 1) E' rilevabile se ogni dose prescritta in quella giornata di degenza è stata effettivamente somministrata Si -Per la maggior parte dei farmaci -Solo per alcuni farmaci -No 2) Nel caso che una dose prescritta non sia stata somministrata è specificato il motivo della mancata somministrazione Si -Per la maggior parte dei farmaci -Solo per alcuni farmaci -No 3) E' identificabile chi ha somministrato la terapia durante tutta la giornata di degenza in analisi Si -Per la maggior parte dei farmaci -Solo per alcuni farmaci -No
popolazione esclusa	Schede terapia con punteggio inferiore a 7
Denominatore	
popolazione inclusa	Tutte le schede terapia analizzate
popolazione esclusa	Non applicabile
Fonte dei dati	
numeratore	cartella clinica
denominatore	cartella clinica
Area di applicazione	100 cartelle cliniche relative a ricoveri ordinari e DH
Standard riferimento	Da determinarsi
Periodicità	6 mesi
Proprietario dell'indicatore	Responsabili del progetto

del processo terapeutico. Per ogni risposta (sì, per la maggior parte dei farmaci, solo per alcuni farmaci, no) è stato attribuito un valore numerico compreso tra 1 e 4.

Gli items analizzati sono quelli che sono stati successivamente utilizzati per la definizione di due indicatori (Tabella 2) necessari alla valorizzazione del processo terapeutico sia nella fase di prescrizione che in quella di somministrazione.

Nella fase di prescrizione, le schede di terapia sono state considerate:

- insufficienti se con punteggio <16;
- sufficienti/ buone se con punteggio compreso tra 16 e 24;
- buone/ottime se con punteggio compreso tra 24 e 32.

Nella fase di somministrazione, le schede di terapia sono state considerate:

- insufficienti se con punteggio < 7;
- sufficienti/buone se con punteggio compreso tra 7 e 9;
- buone/ ottime se con punteggio compreso tra 9 e 12.

RISULTATI

Qualità della fase di prescrizione

Dall'analisi delle schede terapia in uso prima dell'introduzione della STU e dopo 3 mesi di uso, abbiamo potuto effettuare le seguenti considerazioni.

Nella prima rilevazione (Pre STU) su 100 cartelle analizzate:

- 18 schede sono state considerate sufficienti/buone
- 45 schede sono state considerate buone/ottime
- 37 schede non sono state valutate per i seguenti motivi:
 - 16 schede non compilate (ricoveri di day hospital o day surgery con nessuna prescrizione di farmaci)

- 14 prescrizioni di terapia in altra parte della cartella clinica (decorso, grafica e scheda anestesologica)
- 7 cartelle cliniche con scheda terapia mancante.

Nella seconda rilevazione (Post STU) su 100 cartelle analizzate:

- 14 schede sono state considerate sufficienti/buone
- 75 schede sono state considerate buone/ottime
- 11 schede non sono state valutate per i seguenti motivi:
 - 9 schede non compilate (ricoveri di day hospital o day surgery con nessuna prescrizione di farmaci)
 - 1 prescrizione di terapia in altra parte della cartella clinica (decorso, grafica e scheda anestesologica)
 - 1 cartella clinica con scheda terapia mancante

Qualità della fase di somministrazione

Nella prima rilevazione (Pre STU) su 100 cartelle analizzate:

- 63 schede risultavano insufficienti
- 37 schede non valutabili per i motivi precedentemente esposti.

Nella seconda rilevazione (Post STU) su 100 cartelle analizzate:

- 7 schede risultavano insufficienti
- 73 schede sono state considerate sufficienti/buone
- 9 schede sono state considerate buone/ottime
- 11 schede non valutabili per i motivi precedentemente esposti.

La principale criticità rilevata nella fase di prescrizione dopo l'introduzione della STU è stata la mancata registrazione della data di sospensione della terapia e relativa firma (non presente nel 31% dei casi e presente qualche volta nel 40%). Questo in fase di dimissione, se la terapia era già stata impostata dal medico, veniva rilevato come mancata somministrazione e quindi considerati come un errore di terapia. Nella fase di somministrazione invece la principale criticità è stata la mancanza del motivo per cui non era stata effettuata una terapia. La mancanza di indicazione è stata rilevata nel 43% delle schede analizzate, ma questo risultato è stato influenzato dal fatto che non avevamo stabilito alcuna indicazione su come trattare l'interruzione della terapia al momento della dimissione.

DISCUSSIONE

L'introduzione di una scheda di terapia, concepita come strumento di lavoro condiviso e cooperato tra medici ed infermieri, ha costituito un significativo avanzamento in termini di efficacia e di sicurezza terapeutica. La resistenza ad un cambiamento che implicava un mutamento

di materiale d'uso, ma soprattutto di comportamenti, ha incontrato un livello di resistenza tutto sommato inferiore alle nostre attese.

Questo fatto può essere interpretato come la sostanziale conferma che la problematica degli errori in ambiente clinico e la loro prevenzione fanno parte ormai della sensibilità, se non della conoscenza dei professionisti.

I vantaggi di aver adottato la STU sono stati riconosciuti dai professionisti, e confermati dalle rilevazioni che abbiamo eseguito. La gestione della terapia è apparsa migliorare significativamente sia per quanto riguarda la prescrizione che la somministrazione, tuttavia l'esperienza di uso ha mostrato alcune criticità e l'opportunità di alcuni miglioramenti.

Gli anestesisti, nella maggioranza dei casi, non hanno usato la STU per le prescrizioni di terapia analgesica postoperatoria. Sia in caso di somministrazione endovenosa che tramite catetere peridurale, l'infusione viene prescritta ed iniziata nel blocco operatorio e viene registrata nella scheda anestesilogica. Questo è un uso molto radicato ed abbiamo probabilmente mancato, nella fase di introduzione e di formazione, nello svolgere un efficace ruolo di facilitazione all'uso del nuovo sistema. Si potrebbe anche pensare di dedicare una parte della scheda anestesilogica alla registrazione corretta sia della prescrizione che della somministrazione, ma non riteniamo utile né farlo, né suggerirlo perché la duplicazione di uno strumento di registrazione, dal momento che è già presente una scheda ad hoc, è un potenziale fattore d'errore.

In fase prescrittiva una modalità minoritaria, ma persistente, è quella della terapia "al bisogno". E' opportuno quindi deciderne le regole d'uso. Nella prescrizione "al

bisogno" il medico affida ad un altro professionista la valutazione delle condizioni che indicano l'opportunità di procedere alla somministrazione, ma dovrebbe sempre fornire i parametri condizionanti la somministrazione stessa (ad esempio, un determinato livello di temperatura corporea, un grado di intensità di dolore misurato con una scala valutativa, ecc.) E' indispensabile anche che siano sempre registrati la posologia del farmaco da somministrare e l'intervallo di tempo che deve eventualmente intercorrere tra una somministrazione e l'altra.

L'organizzazione dell'assistenza si sta modificando: il fenomeno di crescita delle competenze e delle responsabilità degli infermieri da un lato, la riduzione dei medici di guardia, che da presenze nelle singole unità operative tendono sempre più a spostarsi a livello dipartimentale o anche interdipartimentale, indicano che sarà opportuno prendere in considerazione anche la possibilità di prescrizioni a distanza e la loro sicurezza.

Tali prescrizioni devono essere riservate a situazioni particolari, caratterizzate da un mutamento della situazione clinica del paziente che richiede, a giudizio di chi osserva, ma non è in grado di prescrivere, un intervento tempestivo. Lo strumento di comunicazione può essere, a seconda delle scelte e delle disponibilità della singola organizzazione, telefonica, via fax o attraverso posta elettronica. Il prescrittore può indifferentemente trovarsi all'interno, ma lontano, o fuori dall'ospedale.

Essendo maggiormente a rischio di fraintendimenti, è necessario usare una procedura di comunicazione ben precisa ed elementi di ridondanza. La prescrizione, se telefonica, deve essere ripetuta mentre viene trascritta nella scheda terapia, in modo che il medico prescrivente la confermi. In caso di posta

elettronica deve essere inviato un messaggio di ricevimento ed attesa un'ulteriore conferma e così pure in caso dell'uso di fax. L'infermiere, o il medico presente al letto del paziente, ma che sta registrando una prescrizione ricevuta, quando appone la sua firma, deve riportare anche un specifico simbolo della legenda (che, come detto, è parte integrante della STU) e che indica che si tratta di una prescrizione effettuata a distanza.

CONCLUSIONI

L'introduzione di una scheda di terapia unificata è una misura della quale non solo esiste evidenza in termini di incremento della sicurezza nella gestione della terapia e quindi della sicurezza dei pazienti,

ma che si è rivelata anche fattibile, se introdotta con adeguate modalità di progettazione e di diffusione e di verifica dei risultati in modo da introdurre quelle modifiche che sempre si rivelano necessarie e che ne migliorano accettabilità e quindi uso effettivo e risultati favorevoli.

BIBLIOGRAFIA

1/2. *Risultati di uno studio prospettico su 4031 ammissioni ospedaliere ADE. Prevention Study Group, JAMA 1995;274: 29-34 American Society of Health System Pharmacists. Suggested definitions and relationship among medication misadventures, medication errors, adverse drug events, and adverse drug reactions. ASHP online Jan 15, 1998*

3. *The National Coordinating council for Medication Error Reporting and*

Prevention. About medication errors, 1998-1999

4. *Prevenire gli errori di terapia. Joint Commission Resources Il Pensiero Scientifico Editore 2005*

5. *Cohen M.R. Errori di terapia Medical Media e SIFO 2004*

6. *Risk Management in Sanità - Il problema degli errori. Ministero della salute 2004*

7. *Reason J.T. Human error in medicine. Cambridge University Press 1990*

8. *"Scheda Terapeutica Unica" I quaderni delle campagne per la sicurezza dei pazienti - Centro Gestione Rischio Clinico Regione Toscana 2005*



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
www.umonium.com

UN MONDO DI SOLUZIONI A PORTATA DI MANO...

• PULIZIE CIVILI ED
INDUSTRIALI

• PULIZIE E SANIFICAZIONI
OSPEDALIERE

• MANUTENZIONI TECNICHE
E PULIZIE CAROSICCHE

• HANDLING

• GESTIONE RIFIUTI
ED ARRE VERDI

• SERVIZI ALBERGHIERI

• FACILITY MANAGEMENT

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

Grazie all'enorme quantità espansa e di aree in atto implementata, varca nel 2002 i confini italiani, entrando a far parte del Gruppo Compesa, leader mondiale della riattivazione collettiva e presente in ben 90 Paesi con 400.000 dipendenti.

SINCEIT [compa] [compa]
SINCEIT [compa] [compa]



Palmar SpA - Sede Centrale Via Roma, 152/B - 40139 CAGLIONE MCP (BO) (Italia)
tel. 059/2610000 - fax 059/2610001 - [www.palmar.com](mailto:info@www.palmar.com)
Ufficio Centrale Legale - Via Roma, 299 - 00186 Roma (RI) - tel. +39 06 494244 - fax +39 06 493947
Tedeschi & Partners, Via Bologna, 17 - 00187 Roma (RI) - tel. +39 06 4939481 - fax +39 06 4939482
Palmar di Germania, Karl-Liebknecht-Str. 124 - 01069 Cottbus (DE)
tel. +49 355 6764 - fax +49 355 6764 2714





GETINGE

TERMODISINFETTORI PER CARRELLI, CONTAINERS E PRESIDI DI GRANDI DIMENSIONI

...una nuova serie ideata per incontrare le
vostre esigenze e garantirvi una maggiore
affidabilità ed efficienza nelle attività
quotidiane.

La serie Getinge 9100 è dotata delle
seguenti soluzioni innovative:

Porte automatiche in vetro temperato:
una soluzione salva-spazio che
consente di ispezionare visivamente il
processo.

Sistema di lavaggio con ugelli oscillanti
posizionati sulle pareti laterali che
assicura risultati eccellenti poiché i
getti d'acqua possono raggiungere sia
l'interno che l'esterno di tutti i tipi di
oggetti voluminosi.

Base inclinabile all'interno della
macchina che facilita l'asciugatura degli
oggetti trattati.

Superfici liscie che permettono una
pulizia accurata senza il rischio di
residui.

Conformità a tutte le normative e tutti
gli standard pertinenti, compresa la
normativa EN ISO 15883.



GETINGE

Getinge S.p.A.
Via dei Bonetti, 91/2
00148 Roma
Tel. +39 06 858500 1
Fax +39 06 8585000
E-mail info@getinge.it
www.getinge.com/it

Come un ospedale deve rispondere ad una maxiemergenza. Esperienza dell'Ospedale Martini di Torino

Riassunto

I termini "disastro" e "surge capability", riferiti agli ospedali, vengono spesso usati per definire un massiccio afflusso di feriti. Questo concetto può essere fuorviante, poiché l'emergenza può allo stesso modo nascere dall'interno degli ospedali, e la elevata casistica degli ultimi anni relativa ad incendi nei circa 2000 nosocomi italiani dovrebbe suggerire un diverso punto di vista. In questo articolo gli autori descrivono la loro esperienza nel campo della risposta alla maxiemergenza ospedaliera nell'Ospedale Martini di Torino. Il personale ospedaliero partecipa regolarmente a corsi di base (GOM) e avanzati (HDM) riguardo alla risposta e alla organizzazione in caso di maxiemergenza, ed inoltre è attivo un corso specifico per gli operatori coinvolti nella risposta antincendio. In questi corsi vengono ampiamente utilizzate, insieme alla didattica convenzionale, simulazioni informatiche. Se la formazione è una delle due pietre angolari della risposta alla maxiemergenza all'Ospedale Martini, l'altra è data da piani di emergenza ben disegnati e da un efficace management in caso di disastro. Il Piano di Emergenza Interno (Incendio ed Evacuazione) ha lo scopo di dare una adeguata risposta in caso di incendio o altri eventi interni all'ospedale, che possono richiedere l'evacuazione parziale o totale dello stesso. Il Piano per Massiccio Afflusso di Feriti incrementa la surge capability dell'ospedale consentendo di assistere numerosi feriti e, allo stesso tempo, evitando una drammatica caduta nella qualità delle cure erogate. Il sistema "Hospital Disaster Management", ideato dagli autori, è uno schema organizzativo basato sul lavoro a squadre. Il suo scopo è "mettere ordine nel caos" quando gli ospedali devono affrontare una maxiemergenza. Medici e infermieri, adeguatamente formati e collocati in posizioni chiave, agiscono come Hospital Disaster Managers: i loro compiti sono coordinare le squadre, gestire le risorse critiche e usare i piani di emergenza come potenti strumenti.

Summary

The terms "disaster" or "surge capability" referred to hospitals, are often used to define a massive casualty admission. This may be a misleading concept, because emergency may as well arise from inside hospitals, and the last years high figures related to fires in the about 2,000 Italian hospitals should suggest a different point of view. In this article the authors describe their experience in hospital preparedness at Ospedale Martini in Turin. Hospital operators regularly attend basic (GOM) and advanced (HDM) courses about disaster response and organization, and a specific course is dedicated to operators involved in internal safety (fire emergency). In this courses, computer simulations are widely used, associated with conventional didactic. If education is one of the two cornerstones of disaster preparedness at Ospedale Martini, well designed emergency plans and an effective disaster management are the other one. The Internal Emergency Plan (Fire and Evacuation) is aimed to give a proper response to fires and other events arising from inside the hospital and potentially requiring its partial or total evacuation. The Massive Casualties Admission Emergency Plan increases the surge capability of the hospital allowing to take care of a great number of injured people, and at the same time avoiding a dramatic fall in the treatment quality. The "Hospital Disaster Management" system, created by the authors, is an organizational scheme based on team work. Its aim is to "put order in chaos" when hospitals are facing a disaster. Properly trained physicians and nurses, assigned to key positions, act in this system as Hospital Disaster Managers: their tasks are to coordinate the teams, to manage critical resources and to use the emergency plans as powerful instruments.

Antonio Morra* ; Artemio Brusa ;
Lorenzo Odetto*** ;
Pierangelo Bozzetto******

*Direzione Generale - Presidio Ospedaliero
Martini, Torino

**Direzione Sanitaria - Presidio Ospedaliero
Martini, Torino

***U.O. Anestesia Rianimazione - Ospedale
S. Luigi, Orbassano, Torino

****D.E.A. Presidio Ospedaliero Martini, Torino

La definizione di maxiemergenza trova ormai spazio in un'abbondante proliferazione letteraria; anche per gli addetti ai lavori è consuetudine identificare la risposta ospedaliera a questo evento con l'attivazione del PEIMAF. In realtà una catastrofe ad effetto limitato (questa è la definizione illustrata nelle linee guida nazionali n.116/2001) rappresenta qualcosa di ben più complesso, pur essendo caratterizzata dall'integrità delle infrastrutture.

Le statistiche riferibili agli ultimi trenta anni rilevano un incremento degli eventi catastrofici legato alla tecnologia ed all'urbanizzazione crescente sul territorio.

Gli eventi che richiedono una risposta ospedaliera non sono necessariamente esterni all'ospedale, basti pensare alla frequenza annua degli incendi all'interno dei circa 2.000 nosocomi italiani, che pur senza addentrarsi nella specifica entità incidentale, creano molti problemi sotto il profilo clinico ed organizzativo. Spesso molti ospedali hanno formalizzato Piani di Emergenza che non derivano da studi specifici legati alle caratteristiche del nosocomio o dell'ambiente in cui è inserito, ma sono solo semplici adattamenti di Piani

**PAROLE CHIAVE:**

Maxiemergenza; surge capability; piani di emergenza; formazione; hospital disaster manager

KEY WORDS:

Disaster; surge capability; emergency plans; education; hospital disaster management



Foto 1. ospedale Martini - Torino

costruiti per altri ospedali, non sempre simili e, soprattutto, senza che intorno si sia attivata la formazione necessaria a farli funzionare in modo efficace.

L'ospedale Martini di Torino è dotato dal 1986 di un modello organizzativo finalizzato alla gestione della maxiemergenza in linea con la crescita legislativa che ha supportato l'argomento negli ultimi anni. I piani di emergenza ospedalieri congiuntamente alla formazione del personale rappresentano la soluzione più efficace per affrontare queste situazioni complesse.

La necessità di una pianificazione dell'Emergenza Interna nasce dall'esigenza di gestire un eventuale grande afflusso di feriti provenienti dall'esterno e ridurre le conseguenze di un incendio o di altro evento pericoloso, riferite sia alle persone presenti (pazienti, operatori, visitatori), che alle strutture ed infrastrutture mediche e di servizio. Tale pianificazione trova comunque ulteriore utilizzo anche in

caso di esplosione, attentato o crollo o altri eventi. Nel definire il percorso progettuale dobbiamo però tener conto di due importanti ambiti, che seppur complementari, devono seguire strade diverse:

A) Piano di emergenza generale (antincendio ed evacuazione)

B) Piano per il massiccio afflusso di feriti.

Prima di occuparci delle due strade specifiche esaminiamo il caposaldo comune: la formazione.

LA FORMAZIONE

La formazione del personale ospedaliero del presidio Martini di Torino è articolata su tre livelli distinti.

A) Corso per la gestione ospedaliera della maxiemergenza (G.O.M)[®] della durata di otto ore rivolto a tutto il personale. Il corso è strutturato per 25 partecipanti ed è suddiviso in tre parti:

1. presentazione dei rischi insiti nella struttura ospedaliera e delle normative vigenti in materia di sicurezza aziendale
2. presentazione dei presidi e delle misure di sicurezza attuabili dal personale
3. presentazione dei piani operativi di cui l'ospedale è dotato con simulazioni interattive e sessioni di role playing finalizzate all'apprendimento dei processi decisionali in caso di attivazione.

B) Corso per addetti antincendio rivolto al personale tecnico e sanitario (quest'ultimo appartenente al DEA e Rianimazione) della durata minima di 16 ore - riferimento: DM. 10 marzo 1998 punto 9.2 - Attività a rischio di incendio elevato e ai sensi dell'art. 6, comma 3, ove è previsto che i lavoratori incaricati dell'attuazione delle misure di prevenzione incendi, lotta antincendio e gestione delle emergenze, conseguano l'attestato di idoneità tecnica di cui all'art. 3 della legge 28 novembre 1996, n. 609: presso il locale Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco. I partecipanti, entrano a far parte della squadra antincendio attiva in ospedale h/24

■ Corso per addetti antincendio rivolto al personale tecnico e sanitario (quest'ultimo appartenente al DEA) della durata di 16 ore. I partecipanti, previo rilascio di attestato di idoneità fisica, entrano a far parte della squadra antincendio attiva in ospedale h/24

■ Corso HDM della durata di 24 ore rivolto ai medici e agli infermieri deputati al coordinamento dei soccorsi in caso di maxiemergenza. Il corso illustra le tecniche di management da applicare per gestire le risorse ospedaliere prima, durante e dopo le concitate fasi di un evento complesso. Attualmente l'ospedale Martini conta circa 70 sanitari tra le sue fila. Va specificato che il percorso



Foto 2. Componente Squadra di Primo Intervento aziendale

formativo HDM può essere svolto solo esclusivamente dopo la certificazione dei due moduli precedenti e che tale dicitura compare nelle Linee Guida "Miglioramento della funzionalità del Sistema Ospedale in caso di emergenza sismica Unione Europea - Ministero Salute e Presidenza del Consiglio dei Ministri" febbraio 2006.

<http://www.ministerosalute.it/investimenti/resources/documenti/sicurezza>

METODI DIDATTICI

Lezioni teoriche: hanno lo scopo di introdurre il discente nell'ambito specifico della disciplina e di accrescere la sua padronanza dell'argomento. Si avvalgono dell'uso di supporti didattici multimediali.

La simulazione: è il mezzo più efficace e prevede la partecipazione di un gruppo di persone ad una sorta di gioco di ruolo, in cui è possibile attribuire agli operatori i ruoli abituali (ad esempio il Vigile del Fuoco interpreta un Vigile del Fuoco) oppure scambiare completamente le parti. È lo scopo del metodo didattico IES "Interactive Emergency Simulator" creato specificamente dal Gruppo Istruttori Maxiemergenza di Torino che si svolge con l'ausilio di computer e scenari multimediali, su cui sono raffigurate alcune aree dell'evento ipotizzato ed i personaggi che intervengono.

I vantaggi introdotti da questo sistema sono i seguenti:

- Possibilità di simulare un numero praticamente infinito di emergenze
- Possibilità di sperimentare accura-

tamente la funzionalità dei piani

- Migliore apprendimento da parte dei partecipanti, che vedono lo svolgersi delle varie fasi ad un livello strategico, mentre negli altri tipi di simulazione la prospettiva del singolo è forzosamente ridotta
- Nessun'interferenza sulla normale attività operativa quotidiana (esempio: in simulazioni di evacuazione di strutture ospedaliere)
- Possibilità di impegnare le risorse per un tempo definito e di ripristinarne automaticamente l'operatività al fine di apprendere le tecniche manageriali di gestione delle risorse. Il sistema è dotato di notevole flessibilità e può essere usato sia come simulazione dimostrativa condotta dagli istruttori che come test per gli operatori che rivestono posizioni di coordinamento e gestione dei soccorsi.

PIANO DI EMERGENZA INTERNO (ANTINCENDIO ED EVACUAZIONE)

La predisposizione della catena di interventi da attuare all'interno dell'ospedale, in caso di incendio, è di pertinenza del personale sanitario e tecnico, nonché delle squadre di soccorso esterne (Vigili del Fuoco).

Essa deve consentire:

- la rapida comprensione della localizzazione e dell'entità dell'incendio,
- il rapido ed efficace attacco al focolaio d'incendio, comprese le operazioni direttamente collegate all'intervento (eliminazione pericoli presenti)
- la gestione dei pazienti interessati dall'incendio e la predisposizione dei luoghi di accoglienza degli evacuati (compatibilità assoluta con il Piano di Emergenza per massiccio afflusso di feriti - P.E.I.M.A.F.)
- il coordinamento con i Vigili del Fuoco per l'estinzione totale dell'incendio e la messa in sicurezza delle aree coinvolte.

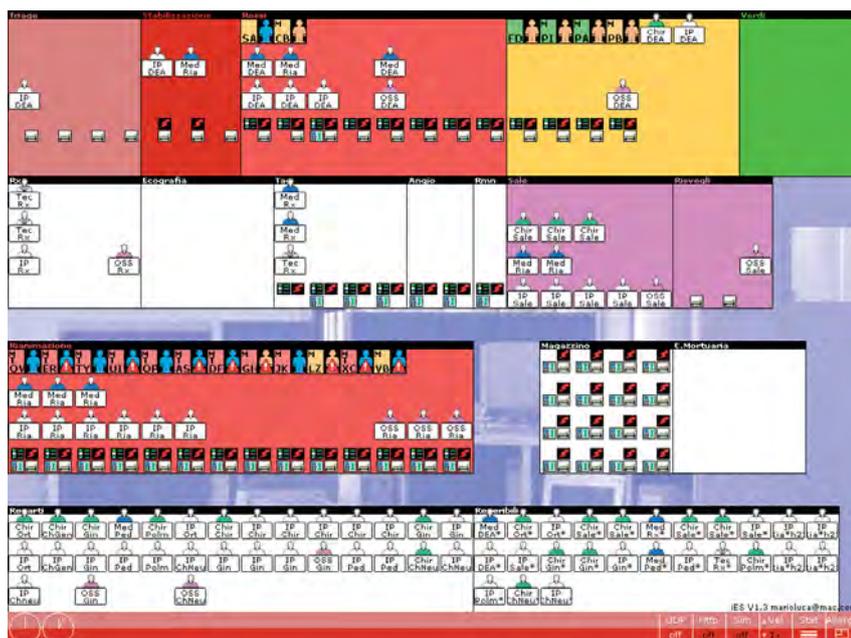


Foto 3. modello simulativo multimediale di gestione delle risorse ospedaliere

Il Piano di Emergenza per Incendio sarà diversificato in base alle caratteristiche strutturali di ogni ospedale, ma deve in ogni modo rispondere ad alcuni requisiti di base:

1. per la prima fase di attuazione è formulato sulle strutture ed organici esistenti per essere operativo senza ritardo;
2. qualora l'incendio dovesse coinvolgere più della metà del complesso ospedaliero, potrebbe essere necessario provvedere all'evacuazione completa dei pazienti verso altri presidi;
3. il piano deve essere operativo 24 ore su 24 (H 24);
4. dovrà essere adattabile a qualsiasi tipo di evento;
5. Il Piano dovrà essere rispettato in modo rigoroso dal personale ospedaliero e dalle persone comunque presenti all'interno della struttura.

Nell'Ospedale Martini è attiva una procedura operativa che prevede:

- Catena di allertamento in caso di incendio e altri eventi
- Presenza H 24 di due operatori certificate ai sensi della L.609 con funzione di prima risposta antincendio

- Attivazione della Catena di Comando in caso di evacuazione, anche parziale, dei degenti
- Disponibilità di presidi DPI per la squadra e per i degenti da evacuare (autorespiratori ad aria, maschere antigas con filtro).
- Formazione di TUTTO il personale, per la gestione dell'emergenza e per il trasporto dei degenti

PIANO DI EMERGENZA PER MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI - PEIMAF

Alcuni aspetti, com'è ovvio, sono simili e sovrapponibili a quelli del Piano di Emergenza Generale, pur tuttavia alcuni elementi sono specifici, e come tali vanno proposti.

La pianificazione del P.E.I.M.A.F. deve seguire fasi ben definite, che deve essere possibile trasporre direttamente in ogni singola realtà.

Un dato assoluto da considerare nella progettazione del PEIMAF è che l'Ospedale, in caso di disastro deve funzionare nonostante tutto, attraverso un'attenta gestione delle risorse, ricordando che non si dovrà ideare un piano troppo specifico, ma nep-

pure uno troppo improvvisato. I motivi di quest'affermazione sono insiti nella complessità dell'evento; infatti, se progettiamo uno schema molto rigido, il primo problema non previsto rischia di "spezzare" la sequenza programmata. Gli obiettivi sono i seguenti:

- Assicurare un adeguato trattamento, cura ed eventuale ricovero ad un gran numero di feriti che superano le normali capacità ricettive del D.E.A. (Dipartimento di Emergenza ed Accettazione)
- Integrarsi con gli altri Piani di Emergenza
- Mantenere, anche in emergenza, una minima attività routinaria.

La capacità di reazione della struttura deve essere elevata, indipendentemente dal numero, dalla gravità e dalla patologia prevalente delle vittime ed occorre lasciare alcune possibilità di decisioni al Coordinatore o ai suoi collaboratori, decisioni da attuare quando l'evento è complesso e non prevedibile nel suo insieme.

Le fasi fondamentali su cui si basa il PEIMAF sono, in sintesi:

- Identificazione della catena di allarme
- Preparazione percorsi e aree di trattamento
- Attivazione della catena di comando - formazione dei quadri di coordinamento con il Corso H.D.M.
- Attivazione dei sistemi di comunicazione e informazione (in questo ruolo è preposto un H.D.M con compiti specifici)
- Attivazione di procedure specifiche, descritte dal Piano e disponibili in tutti i Reparti e sulla rete informatica ospedaliera
- Disponibilità di presidi specifici (schede di triage, cartelloni riepilogativi delle procedure, casacche colorate per identificare i ruoli operativi e di coordinamento, kits triade, kits paziente, megafoni)
- Attivazione di un Unità di Crisi Strategica

Il piano è stato aggiornato nel 2004

contestualmente alle modifiche strutturali del Pronto Soccorso ed è stato attivato due volte dal 1986 ad oggi: nel 1989 in seguito all'esplosione di una palazzina a Torino e nel 1996 in seguito ad una intossicazione alimentare collettiva in alcuni scuole materne ed elementari che determinò un numero di intossicati pari ad 800 unità, ripartiti nei nosocomi vicini.

Le indicazioni generali del PEIMAF del nostro Ospedale hanno ispirato il Dipartimento Nazionale della Protezione Civile, che le ha estrapolate e rese adatte per tutti gli ospedali italiani (L.G. n.54 del 9/ 1998).

IL SISTEMA ORGANIZZATIVO

In caso di maxiemergenza, gli Hospital Disaster Manager agiscono e decidono in un ambito organizzativo differente rispetto a quello adottato nella quotidianità. Tale sistema, denominato Hospital Disaster Management, introduce un modello di lavoro basato sulla creazione di team, ognuno dei quali coordinato da un H.D.M. e a ciascuno dei quali è assegnato un obiettivo specifico. L'efficacia di questo sistema è stata studiata attraverso l'utilizzo di simulazioni e l'analisi di scenari per eventi di differente tipologia e scala; gli indicatori individuati hanno mostrato risultati nettamente superiori a quelli ottenuti con l'utilizzo di un approccio organizzativo convenzionale. Sono inoltre stati analizzati i dati provenienti da eventi di portata limitata realmente accaduti; anche in questo caso il sistema ha fornito risposte adeguate in termini di tempi e di risorse. Resta da indagare la sua efficacia in caso di eventi reali di scala superiore; al momento, tuttavia, la presenza di operatori adeguatamente formati, di piani di emergenza realmente applicabili e di un sistema organizzativo dedicato alla maxiemergenza sembra garantire una risposta nettamente più efficace rispetto a situazioni in cui una o più di queste caratteristiche non è disponibile.

CONCLUSIONI

Dall'enunciazione dei criteri dottrinali su cui si basano i tre Piani si evince che la fattibilità delle procedure risulta facilmente applicabile a tutti i nosocomi, tenendo conto delle peculiari caratteristiche degli stessi, sia in senso strutturale sia organizzativo. Inoltre da questo quadro generale nasce la proposta di migliorare l'efficienza del Sistema di intervento degli ospedali in caso di catastrofe; infatti, l'ospedale può essere coinvolto con l'arrivo di numerosi feriti o in caso di incendio. Nella realtà ospedaliera non esiste una figura unitaria che coordini e gestisca i Piani di Emergenza, perché le professionalità mediche o infermieristiche in servizio non possiedono specifiche conoscenze per operare in un ambito così complesso. Gli anestesisti, i chirurghi o gli internisti sono addestrati per gestire le emergenze cliniche e non quelle organizzative che si presentano in caso di eventi così drammatici, mentre i medici della Direzione Sanitaria, che sono esperti in programmazione ospedaliera hanno raramente esperienza nella gestione dei casi clinici. È evidente che occorre formare una figura sanitaria, che conosca le problematiche del soccorso di massa extraospedaliero e sia in grado di gestire i Piani di Emergenza conoscendo le finalità di questi e soprattutto le risorse interne a disposizione. Questa figura, di nuova concezione è l'Hospital Disaster Manager (H.D.M.) L'H.D.M. deve conoscere gli aspetti logistici del proprio nosocomio, associando capacità clinica e di management della crisi, senza trascurare gli aspetti di comunicazione in emergenza.

BIBLIOGRAFIA

1. Aghababian R. e al. *Disasters within Hospitals*. *Ann.Em.Med.* 1994, 23-4, 771-777
2. De Boer J. - Baille T.W. (1983). *Un piano dei servizi d'emergenza di un ospedale di zona in caso di calamità*. In: *Calamità ed organizzazione sanitaria*. - Edizioni Libreria Cortina, Torino
3. De Boer J. (1992) - *Evaluation de la capacité d'en-*

agement des services médicaux Bollettino dell'International Society of Disaster Medicine - n. 48

4. Dipartimento della Protezione Civile (1998) - *Pianificazione dell'emergenza intraospedaliera a fronte di una maxiemergenza - Pubblicazione n.54 - Roma*

5. Gotfrid O.N., Leibovici D. e al., (1997) - "The efficacy of integrating 'Smart Simulated Casualties' in hospital disaster drills". *Prehospital and Disaster Medicine*, 12 (2): 97-101

6. Leonard R.B. (1991). *Emergency evacuations in disaster - PreHosp. Disaster Med.* 6,4: 436-466

7. Morra A. e coll. (1986) *Piano di Emergenza di un ospedale zonale in caso di catastrofe. - Proposta di organizzazione dei Servizi Sanitari. - Minerva Anestesiologica Vol. 52 n. 8 - 9 pag. 297 - 303*

8. Morra A. - Odetto I. - Bozza C. - Bozzetto P. (2003) *Disaster Management: Gestione dei Soccorsi in caso di disastro" - Presidenza della Giunta della Regione Piemonte*

9. Nemitz B. (1992) - *Le triage des polytraumatisés en grand nombre. - Urg. Med.* 5, 283-286

10. Romanens J.L. (1987) - *Note sur le rôle d'une structure d'hôpital en cas d'afflux massif de victimes - Convergences - 6,3, 235-236 - Paris*

11. San Matteo County Health Services . *Agency Emergency Medical Services (1998)*

12. HEICS Hospital Emergency Incident Command System (III edizione) *State of California EMS Authority*

13. Smith J.S. (1990). *Hospital disaster and evacuation planning. - Prehospital and disaster medicine.*

14. Waeckerle J. (1991) *Disaster planning and response . N.E.J.M., 324; 815-821*

15. Tierney K.J., *Emergency response: lesson learned from the Kobe earthquake. Disaster Research Center, University of Delaware*

16. DeBoer J., Van Remmen J., "Order in Chaos", 2003, *Liberchem, Nederland*

17. HAZUS99 Manual, 2000, FEMA, USA

18. Noji E.K., *The public health consequences of disasters. N.Y., Oxford University Press, 1997, pagg 135-178*

19. Ministero della Salute (2006): volume - "Attività di assistenza tecnica a favore delle amministrazioni regionali nell'obiettivo 1 per il miglioramento della sicurezza sismica negli ospedali ed il mantenimento delle funzioni ospedaliere strategiche in situazioni di emergenza".

STERRAD 100NX

DAGLI
INVENTORI
DELLA
TECNOLOGIA
STERRAD®

Il più avanzato sviluppo della tecnologia a gas plasma definisce i nuovi standard nella sterilizzazione a bassa temperatura.

Tempi dei cicli
più brevi

Semplice da installare

Validazione
del processo

Aumento
della produttività

Sicuro per
gli strumenti

Connessione
al network

Sicura per
gli operatori
e l'ambiente

Compatibilità
con gli
strumenti

Approccio sistemico per la sicurezza degli operatori nel laboratorio

Riassunto

Gli Autori partendo dall'analisi dei sistemi di Qualità, Sicurezza considerano valore aggiunto un approccio integrato di tutti i processi particolarmente importanti nella prevenzione del rischio e nella sicurezza delle organizzazioni sanitarie quali l'igiene ospedaliera, la formazione, l'utilizzo di procedure di lavoro affidabili, l'utilizzo di dispositivi di protezione individuali. Una metodologia di approccio sistemico con il SGSL (Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro) ha lo scopo di favorire non solo il miglioramento della sicurezza ma anche raggiungere con la soddisfazione degli operatori che partecipano attivamente una migliore prestazione nelle cure e una riduzione dei costi.

Summary

While analyzing quality and safety systems, the authors consider as highly valuable an approach supplemented by all the processes which are particularly important in risk prevention and in health organization's safety such as hospital hygiene, training, use of reliable work procedures, use of individual protective devices. A method of systematic approach by the SGSL (Management of Health and Safety at Work) can not only ease the improvement of safety but also get a better performance in treatments and a reduction in costs. All this with the workers' satisfaction as they are called to play an active part in the whole process.

Giuliano Giannini*, Antonietta Marseglia**

*Università degli Studi di Firenze

**Direzione Sanitaria di Presidio Monteverchi (Arezzo)

INTRODUZIONE

I 500 mila operatori del settore ospedaliero italiano, sia pubblico che privato, sono vittime in media di 15-20 mila incidenti l'anno e fra i rischi occupazionali a cui gli operatori sono esposti, quelli di origine biologica risultano particolarmente rilevanti.

La caratteristica e la peculiarità del lavoro che si svolge in un Laboratorio Biomedico con la consapevolezza del rischio cui gli operatori si espongono nell'attività quotidiana sono il cardine su cui

devono impernarsi le misure organizzative e procedurali per la sicurezza. La prevenzione del rischio e la promozione della sicurezza nelle organizzazioni sanitarie si realizzano se si sviluppa una cultura aperta, pronta a confrontarsi e a imparare dagli errori, disponibile a superare le divisioni organizzative, a integrare le discipline e le professionalità, a condividere gli strumenti di analisi, trattamento e prevenzione.

Qualsiasi programma di Qualità perde di significato se al suo interno non c'è cura della prevenzio-

ne, degli incidenti e della nocività sul lavoro e non c'è qualità totale se non c'è prima di tutto la piena garanzia di sicurezza.

ACCREDITAMENTO, QUALITÀ E SICUREZZA

Il sistema dell'accREDITamento che si basa sulla certificazione ISO 9000 e successivi sviluppi riconosce il rispetto delle regole della prevenzione e sicurezza come uno dei requisiti fondamentali dell'assistenza sanitaria, insieme all'efficacia e all'appropriatezza (Fig.1). Gestire la sicurezza comporta una serie di attività che sono organizzate in un processo le cui fasi principali sono costituite dalla conoscenza del rischio, dal suo trattamento, monitoraggio e il cui scopo è la riduzione dello stesso. Le procedure chiare, note e applicate, rappresentano le barriere difensive del sistema per diminuire la possibilità che il percorso rischio/danno si inneschi (active failure o errore dell'operatore).

Tra i requisiti per la qualificazione, nel processo di accREDITamento, alcuni modelli di riferimento condividono i principi generali di gestione delle organizzazioni in termini di qualità ma differiscono in riferimento agli scopi e alle parti interessate: clienti, lavoratori, società (ambiente). Le organizzazioni hanno la possibilità di gestire i tre sistemi in maniera allineata e integrata.

■ Lo strumento di gestione per definire i requisiti del sistema qualità è definito dalle norme UNI EN ISO 9001 (fig.2), mirate a garantire la conformità dei prodotti/servizi ai



PAROLE CHIAVE:

Sicurezza, Rischio, Qualità, Gestione Sanitaria, Formazione

KEY WORDS:

Safety, Risk, Quality, Health Management, Training



Figura 1

requisiti prestabiliti e l'obiettivo qualità viene ampliato alla soddisfazione del cliente e alla logica del miglioramento continuo.

■ Il sistema OHSAS 18001 (Occupational health and safety assessment series), identifica uno standard internazionale di certificazione a tutela della Sicurezza e della Salute dei Lavoratori (SSL) (fig.2). La specifica OHSAS rappresenta uno strumento organico che consente di gestire in modo organico e sistematico la sicurezza dei lavoratori senza sconvolgere la struttura organizzativa puntando sui seguenti requisiti:

- ✓ Adozione di una politica per la gestione della sicurezza;
- ✓ Identificazione dei pericoli, valutazione dei rischi;
- ✓ individuazione delle modalità di controllo, in stretta connessione alle prescrizioni legislative;
- ✓ Definizione di programmi e obiettivi specifici;
- ✓ Definizione di compiti e responsabilità;
- ✓ Formazione, addestramento e coinvolgimento del personale;
- ✓ Gestione controllata della documentazione;

- ✓ Attuazione delle modalità di controllo.
- Il sistema UNI EN 14001 9000 norma i requisiti di gestione per il sistema ambientale (fig.2).

APPROCCIO SISTEMICO NELLA GESTIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO (SGSL)

L'approccio sistemico per la SGSL, (Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro) prende in

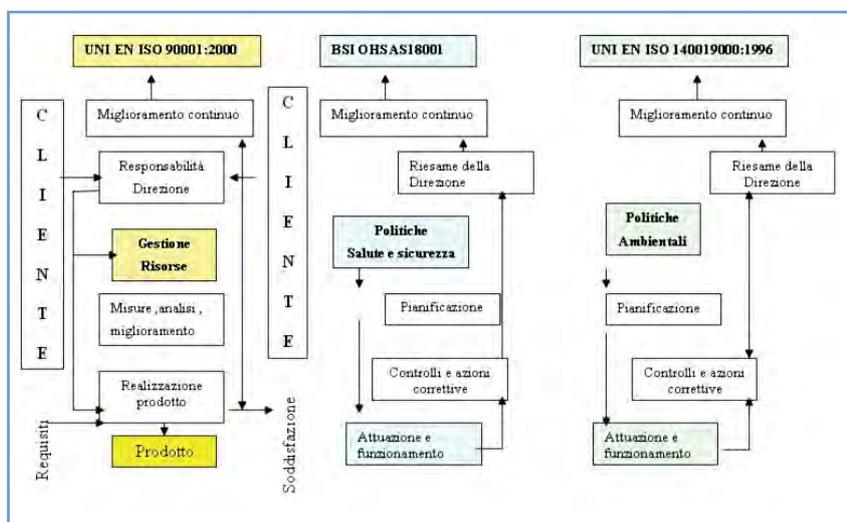
considerazione non solo la sicurezza ma anche la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse economiche e umane.

I punti fondamentali di questo tipo di approccio sono:

- 1) Organizzazione orientata al cliente inteso come operatore sanitario e/o paziente, con l'obiettivo di assicurare livelli minimi di sicurezza;
- 2) Leadership che stabilisce obiettivi e indirizzi, crea le condizioni per un ambiente di lavoro sicuro e funzionale alle esigenze dei propri collaboratori, tramite anche il loro coinvolgimento;
- 3) Approccio al problema per processi, in cui l'analisi e la valutazione diventano elementi essenziali del metodo di gestione;
- 4) Miglioramento continuo della performance dell'organizzazione cui si accompagna la gestione di tutti gli aspetti legati all'igiene e sicurezza del lavoro e dei pazienti.

Il SGSL, oltre al possibile vantaggio di effettuare una riduzione degli infortuni attraverso la prevenzione e il controllo dei luoghi di lavoro classificati a rischio, si associa alla crescita dell'entusiasmo degli operatori grazie alla soddisfazione delle aspettative di miglioramento, alla disponibilità di un sistema di gestione

Figura 2 - Modelli di gestione della qualità, sicurezza e salute occupazionale a confronto



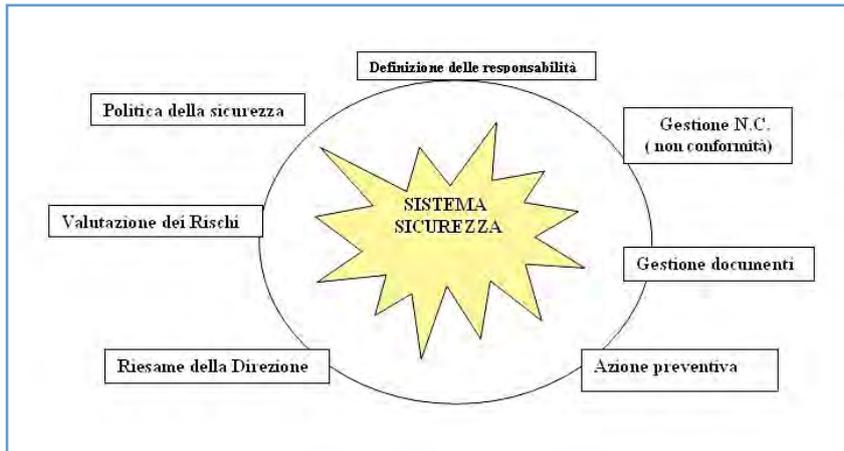


Figura 3 - Modelli di gestione integrata. L'organizzazione del sistema sicurezza

integrato che include anche aspetti collegati all'ambiente, alla qualità. Con questa metodologia sia i costi diretti (es. premi assicurativi INAIL) che indiretti (ore di lavoro perdute, tempo per eventuale riparazione attrezzature danneggiate nell'incidente, tempi burocratici, eventuali costi legali, costi per terapia e diagnostica) potranno subire una riduzione.

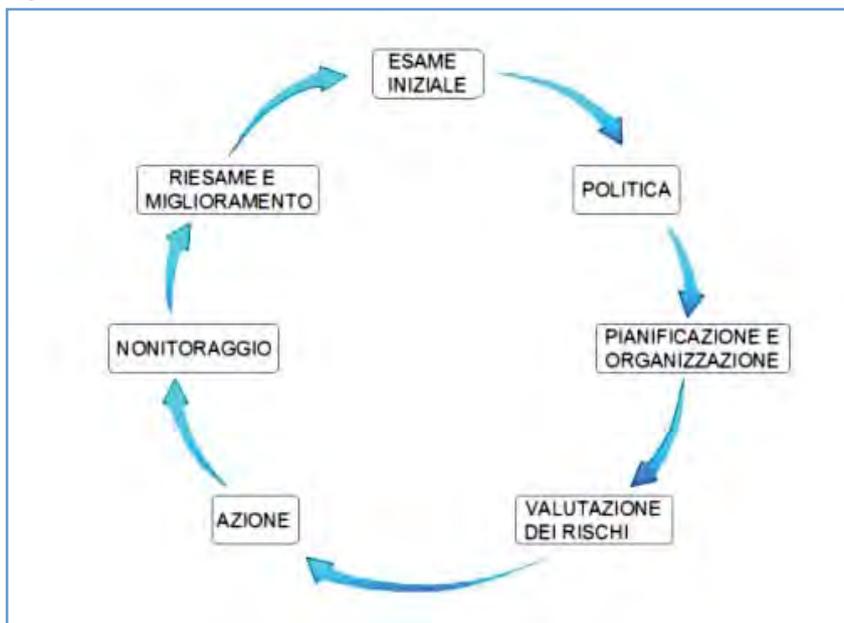
Il Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul lavoro (SGSL) si può così rappresentare:

- Pianificazione di obiettivi appro-

priati e raggiungibili, assegnando necessarie risorse;

- Elaborazione di programmi per il raggiungimento degli obiettivi, definendo, priorità, tempi e responsabilità;
- Valutazione del rischio negli ambienti di lavoro e programmazione procedure di bonifica e adeguamento;
- Monitoraggio con opportune azioni correttive e preventive (Audit del sistema);
- Periodico riesame per riscontrare l'idoneità, l'adeguatezza e l'efficacia del sistema nel conseguire

Figura 4 - Struttura di un SGSL



gli obiettivi stabiliti dalla politica della salute e sicurezza, tenendo conto dell'impegno al miglioramento continuo (fig.4)

PARTECIPAZIONE CONSAPEVOLE

Uno dei punti di forza del sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro è l'opportunità di favorire il coinvolgimento e la formazione di una cultura della prevenzione fra tutti gli attori del sistema prevenzionistico aziendale (Dirigenti, preposti, lavoratori...).

“La *democrazia industriale* implica che ogni membro di una grande organizzazione, industriale o d'altro tipo svolga un ruolo attivo nella vita dell'organizzazione stessa; che ciascuno dei membri sia informato appieno e partecipi alla formulazione di decisioni, a partire dal livello del processo lavorativo del singolo, dalle misure di prevenzione degli infortuni e di salvaguardia della salute intervenendo nelle decisioni di livello sempre più alto...” *E. Fromm* (Avere o essere?- A. Mondadori ed. 1976).

Il ruolo partecipativo permette l'acquisizione da parte dell'operatore di una migliore capacità di comunicare e interagire nel sistema delle relazioni aziendali per la sicurezza. Un dato ricorrente in letteratura è la specificità del rischio per mansione, ma gli strumenti di sorveglianza epidemiologica non sempre permettono di cogliere differenze di rischio fra sottopopolazioni di lavoratori, in funzione della reale esposizione ai diversi rischi e del tempo di esposizione. Il monitoraggio ambientale dei luoghi di lavoro e il monitoraggio biologico dei lavoratori, non dovrebbero essere visti solo come procedure routinarie che consentono di ottemperare alle disposizioni di legge, ma anche un mezzo per implementare un'efficace politica per

la salute e la sicurezza. Ogni laboratorio deve essere artefice della propria "buona pratica," attraverso l'uso di specifiche procedure che devono essere conosciute, condivise e rispettate da tutto il personale. L'operatore, dal canto suo, si attiva nel rispetto della qualità operativa nei confronti della sicurezza per sé e per gli altri. Questo stato di "Safety first be alert" prima cosa la sicurezza," invita al seguente monito: sta attento, pretendi che ti sia dato quanto necessario e applica quanto sai!

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Il rischio è un concetto matematico che si riferisce "ad una attesa gravità e/o frequenza di risposte indesiderate che traggono origine da una data esposizione" (OMS). La British Standard Institution, nelle OHSAS 18001, definisce il rischio come la combinazione fra la probabilità di accadimento e le conseguenze di un evento pericoloso (15).

$$R = P \times G$$

R = rischio

P = probabilità di accadimento

G = gravità delle conseguenze

Sono caratteristiche del rischio la relazione causale fra l'accadimento e le sue conseguenze e la "magnitudine" o severità dello stesso. Mentre la probabilità può non sempre essere misurata con metodi oggettivi, la sicurezza non è altro che "assenza di rischi o pericoli inaccettabili": ma non c'è alcuna attività umana a rischio nullo!

Pericolo: proprietà o qualità intrinseca di un determinato fattore (materiali o attrezzature di lavoro, metodi di lavoro, ecc.)

Rischio: probabilità che si verifichi un certo evento dannoso per la sicurezza e la salute dei lavoratori nell'espletamento delle loro mansioni. Si considera il rischio come una combinazione quali-quantitativa della probabilità che avvenga un deter-

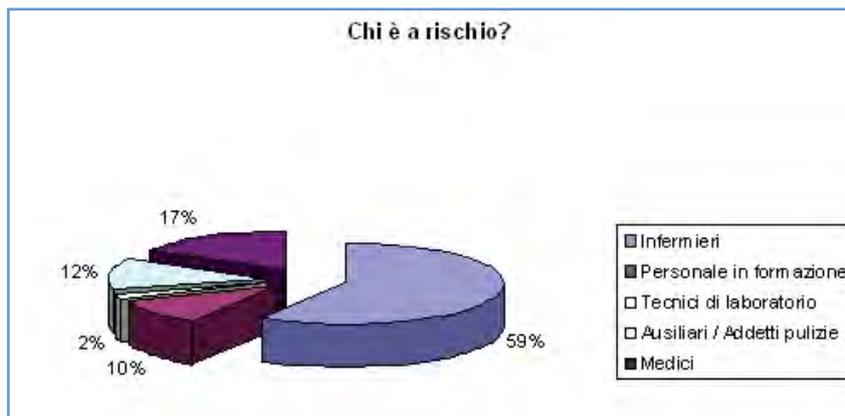


Figura 5 - Categorie professionali più esposte

minato evento e del danno associato all'accadimento: $R = f(P, D)$.

La valutazione del rischio è uno strumento finalizzato alla programmazione delle misure di prevenzione e più in generale alla organizzazione della prevenzione aziendale. Fasi preliminari:

- Definizione e classificazione dei pericoli;
 - Definizione e classificazione degli esposti;
 - Definizione e classificazione generale dei rischi;
 - Definizione delle misure di tutela.
- Provvedimenti compresi nella valutazione dei rischi:
- Eliminazione del rischi in relazione alle conoscenze acquisite in base al progresso tecnico e ove non è possibile loro riduzione al minimo;
 - Riduzione dei rischi alla fonte;
 - Sostituzione di ciò che è pericoloso con ciò che non lo è o è meno pericoloso;
 - Priorità delle misure di protezione collettiva rispetto alle misure di protezione individuale;
 - Utilizzo limitato degli agenti pericolosi;
 - Informazione, formazione, consultazione e partecipazione dei lavoratori ovvero dei loro rappresentanti, sulle questioni riguardanti la sicurezza e la salute sul luogo di lavoro;
 - Procedure adeguate.

La definizione di esposizione "potenziale" ad agenti biologici, si può configurare per la presenza occasionale, o concentrata, di agenti biologici qualora vi sia la manipolazione di fluidi e/o altri materiali, e il contatto con l'agente nocivo rappresenta un epifenomeno indesiderato, che risulta in linea di massima imprevedibile e comunque connesso con un'operatività non corretta in termini di procedure di sicurezza e/o con un evento accidentale.

L'AIRESPASA (Associazione italiana Servizio Prevenzione e Protezione) afferma che nel periodo 2000-2005 gli incidenti legati all'esposizione ad agenti biologici incidono per il 41% del casi. Lo studio ha dimostrato che l'esposizione ad agenti biologici continua a rappresentare la fonte di rischio e la causa di incidente più diffusa tra gli operatori sanitari anche se la gran parte dei giorni di lavoro persi è attribuibile ad altre cause (Fonte Sole 24 ORE Sanità gennaio 2007).

I laboratori di analisi qualunque essi siano, con le varie sezioni di chimica clinica, ematologia, microbiologia, immunoematologia, anatomia patologica, possono essere luoghi ad alto rischio infettivo per gli operatori. Tuttavia, anche se nei laboratori di microbiologia (deputati alla diagnosi batteriologica o virologica di malattie infettive) vengono convogliati materiali patologici frequentemente

infetti, i laboratori a rischio più elevato sono quelli di ematologia o di analisi chimico-cliniche.

Questo apparente paradosso è dovuto al fatto che il Tecnico di laboratorio del settore di microbiologia è conscio che qualunque materiale biologico su cui opera è potenzialmente patogeno. Inoltre lavorando in sterilità, le modalità operative comportano un'estrema attenzione anche al fine di non contaminare il materiale in esame per non alterarne il risultato diagnostico.

Negli ultimi anni, con le migliorate conoscenze sui processi di diffusione dei virus dell'epatite B,C e dell'AIDS, l'acquisizione di tecnologie automatiche avanzate, l'aumento di formazione del personale, le probabilità di contrarre infezioni in laboratorio sono in parte diminuite. I dati statistici rilevati nella Azienda USL8 Arezzo sulla distribuzione per qualifica professionale e modalità di esposizione sugli infortuni a rischio biologico, sono confermati dallo Studio SIROH (Studio Italiano Rischio Occupazionale HIV fig.5), e globalmente interessano in media tra l'8 ed il 12% del personale. (Fig.5 Rischi per qualifica Studio SIROH 2005).

Purtroppo da uno studio basato su questionari somministrati ad un campione di operatori degli ospedali partecipanti al SIROH è emerso che non appare notificato il 30% degli eventi (di cui 56% delle punture, 85% dei tagli, 78% mucocutanei, 88% dei contatti con cute lesa) per cui la non denuncia rende il fenomeno sottostimato.

CONCLUSIONI

Da quanto evidenziato si impone come un chiaro obbligo legale ed etico per la prevenzione dei rischi, l'adozione di un modello di gestione integrato di tutti i processi particolarmente importanti al riguardo

quali: l'igiene ospedaliera, la formazione, l'utilizzo di procedure di lavoro affidabili, l'utilizzo di dispositivi di protezione individuali, l'implementazione dell'uso di tecnologie per la protezione dei dispositivi taglienti Inoltre l'esigenza di tutelare la salute e promuovere il benessere dei lavoratori, che rappresentano la risorsa in assoluto più importante, non può non investire la valutazione delle prestazioni e dei risultati, la definizione dei carichi di lavoro, l'organizzazione di lavoro, la formazione e l'aggiornamento. Mediante interventi formativi è necessario sensibilizzare gli operatori affinché indirizzino le proprie capacità professionali all'individuazione dei punti critici nella propria attività lavorativa e ancor di più favoriscano "processi di riflessione" allo scopo di acquisire comportamenti adeguati alla tutela della salute e alla prevenzione del rischio. Infatti, uno dei compiti individuali dell'operatore, supportato adeguatamente dal "Sistema di Sicurezza Aziendale" è quello di ricercare, oltre ai rischi stessi, le modalità per arrivare a valutare, pesare e modificare i comportamenti sbagliati.

Solo in questo modo l'esposizione occupazionale negli operatori sanitari può essere combattuta e sconfitta, usando le armi che la conoscenza, la tecnologia ed il buon senso ci mettono a disposizione.

BIBLIOGRAFIA

1.L.Arcangeli, L.Marchetti "Manuale per la Sicurezza in Laboratorio". Biochimica Clinica,

2.Atti del convegno di Bologna " Il Rischio in Sanità" 29/11/2004 Dossier 109-2005

3.R.Biagi G.Storti " La sicurezza sul lavoro nella Legislazione emanata dal 1944 al 2005" ANALYSIS, 1/2.2006 (Politica Management e Organizzazione Sanitaria

4.R. Cinotti La Gestione del Rischio nelle organizzazioni sanitarie Il pensiero Scientifico Editore.

5.Giornale italiano delle infezioni ospedaliere vol.13, n.3.

6.R. Guariniello "Profilo del rischio infortunistico". " La Sicurezza sul lavoro nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte 2005" (Coordinamento RLS per la sicurezza in Sanità Università del Piemonte).

7.Linee-guida di comportamento per gli operatori sanitari per il controllo delle infezioni da HIV (06/09/1989).

8.M.Lizza "La Sicurezza negli ambienti sanitari" Centro Scientifico Editore.

9.Ministero della Salute - Risk Management in Sanità- Commissione Tecnica sul Rischio clinico Roma 03/2004.

10.M. Macrì - Sviluppo di un sistema di qualità nella Medicina Trasfusionale;

11.www.cermet.it-Certificazione e ricerca della Qualità 06/09/06);

12. www.diarioprevenzione.net/prevenzione rischi nei laboratori (12/2006).

13.www.dnvsistemidi gestione/sicurezza lavoro/OHSAS18001 (11/06)

14.www.sicurezzaonline.it (01/2007)

15.www.ospedalesicuro.it - Il rischio biologico nei laboratori di analisi (12/2006).

16.www.alttne.it/rsl/corsobase626/ Corso base per rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza. 10/2006

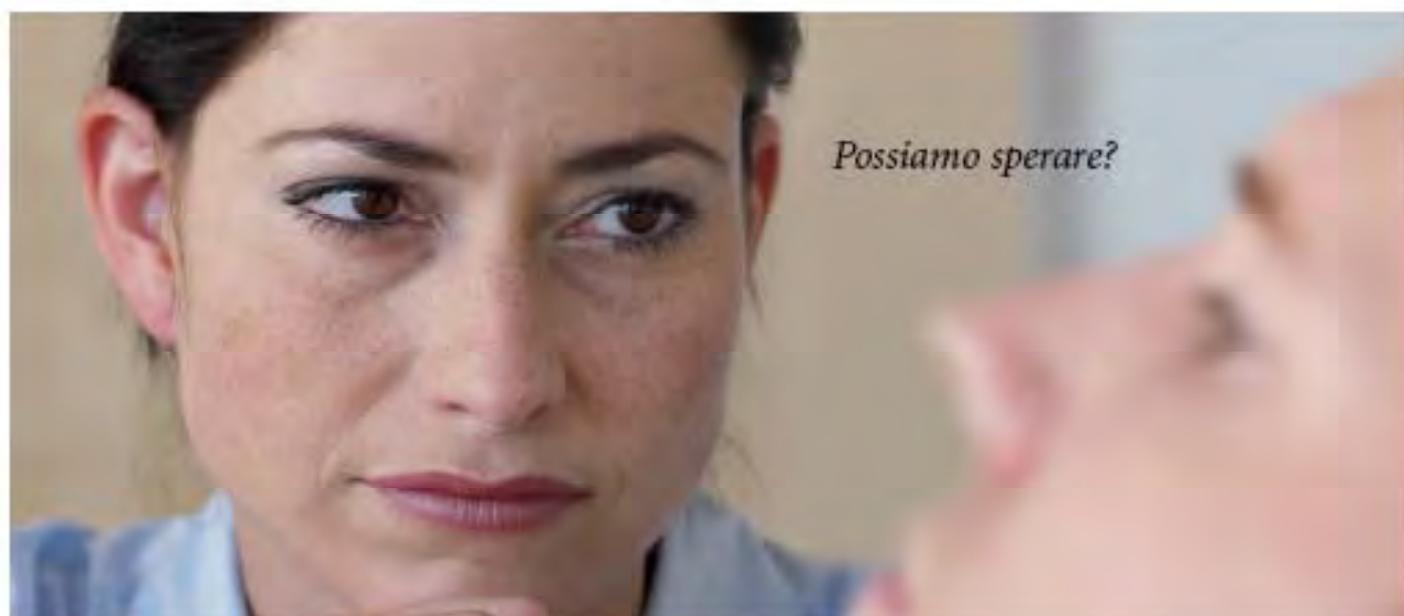
17.www.ausl.pe.it/atticonvegni2003/ospedale in sicurezza. Notifica esposizioni occupazionali (02/2007). Studio Italiano rischio occupazionale da HIV(1/2007).

18.www.biomedica.laboratoriumdist.unige.it/materiale didattico Rischio biologico.02/2007

19.www.bio.unipd.it/safety/manbio.html.12/2006

20.www.ispesl.it/lineeguida/fattore di rischio (02/2007).

21.www.iso-certificazione.info/iso9001.html.12/2006



Possiamo sperare?

LA VITA PONE DOMANDE. NOI CERCHIAMO LE RISPOSTE.

L'innovazione è la nostra risposta alle continue sfide della salute. Lavoriamo ogni giorno per salvare la vita dei pazienti e per aiutarli a vivere in tutto il mondo. Leader mondiali nelle biotecnologie diagnostiche in vitro, oncologia, trapiantologia, anemia, virologia, nefrologia e neuroscienze sono le nostre aree di eccellenza. Focalizziamo il nostro impegno in ricerca e sviluppo sulla scoperta di nuovi farmaci e tecnologie diagnostiche in grado di combattere il cancro, l'AIOS, l'epatite, l'Alzheimer, l'artrite reumatoide ed il diabete. Grazie ai grandi progressi nella ricerca e alla stretta tra diagnosi e terapia, siamo pionieri nello sviluppo di test diagnostici e farmaci personalizzati in base alle caratteristiche genetiche di gruppi di pazienti.

Ci sono tante risposte quanto sono le persone. Noi continueremo a cercare soluzioni individuali.



We Innovate Healthcare

www.roche.it

ARTRITE REUMATOIDE: MALATTIA A FORTE IMPATTO SOCIALE ma con scarsa priorità nei Piani Socio Sanitari

Riassunto

Pur rappresentando le malattie reumatiche la prima causa di dolore e disabilità in Europa, nei piani sanitari regionali esiste una scarsa attenzione verso l'artrite reumatoide con conseguente criticità per i malati.

Summary

Although Rheumatic Diseases represent the first cause of pain and disability in Europe, Regional Health Plans pay little attention towards rheumatoid arthritis resulting in difficulties for the patients

Ugo Luigi Aparo*

* Direttore Sanitario Istituto Dermopatico dell'Immacolata IRCCS Roma

LA PREVALENZA

L'artrite reumatoide è una patologia autoimmune fortemente invalidante caratterizzata da un'infiammazione della membrana che riveste le articolazioni e che porta alla perdita di cartilagine articolare e alla distruzione dell'osso.

La prevalenza dell'Artrite Reumatoide (AR) è stimata in 0,5-1,0% a livello globale, sebbene i dati siano piuttosto differenti tra i diversi studi. Secondo una review pubblicata nel 2006 che ha analizzato i dati di incidenza e prevalenza indicati in letteratura sulla base dei criteri dell'American College of Rheumatology (ACR) del 1987, è possibile stimare il tasso medio di prevalenza allo 0,45% nell'Europa meridionale e allo 0,76% nell'Europa settentrionale/centrale e negli USA, con una frequenza della malattia tre volte superiore nelle donne rispetto agli

uomini. Recenti studi hanno stimato per l'Italia un tasso di prevalenza dell'AR pari allo 0,46% nella popolazione generale con circa 260-270 mila casi di malattia.

L'IMPATTO SULLA SALUTE

Le persone colpite da artrite reumatoide accusano sin dall'inizio un danno progressivo e permanente. Entro i primi due anni dalla diagnosi, le radiografie mettono in evidenza danni articolari fino al 70% dei pazienti, mentre entro 10 anni il 50-80% dei pazienti lamenta crescenti difficoltà a svolgere il proprio lavoro e anche le semplici attività quotidiane: 7 malati su 10 non riescono a lavarsi e vestirsi, a portare la borsa, ad aprire un rubinetto o avvitare una moka, a salire su un treno o su un autobus. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indica le malattie

reumatiche come la prima causa di dolore e disabilità in Europa e ricorda che queste, da sole, rappresentano la metà delle malattie croniche che colpiscono la popolazione al di sopra di 65 anni.

L'IMPATTO ECONOMICO

La valutazione di impatto economico è complementare rispetto a quella di impatto sulla salute. In particolare i costi vengono distinti in diretti e indiretti:

i costi diretti vengono classificati in sanitari (prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione) e non sanitari (ad es. i costi di trasporto sostenuti dai pazienti)

i costi indiretti rappresentano il mancato reddito generato dall'assenza dal lavoro incluse le perdite di reddito conseguenti alla malattia, alle forme permanenti di disa-

**PAROLE CHIAVE:**

Artrite reumatoide; piani sanitari regionali

KEY WORDS:*Rheumatoid arthritis; Regional Health Plans*

bilità, al decesso prima dei 65 anni di età.

Gli studi dimostrano che al progredire della malattia aumentano significativamente i costi delle visite specialistiche, degli esami di laboratorio, dei ricoveri, dell'aiuto domestico e degli ausili. Al diminuire della mobilità si registra quindi un maggiore utilizzo dei servizi sia sanitari che non sanitari.

Il maggior peso relativo dei costi sanitari nel primo stadio dell'AR dimostra come intervenendo con strategie terapeutiche efficaci nelle prime fasi della malattia si possa rallentare la progressione dell'AR e ridurre conseguentemente i costi sociali a questa collegati. A tale proposito dai risultati di diversi studi emerge che il trattamento dell'AR con i farmaci biologici, che si sono dimostrati efficaci, è in grado di agire non solo sui sintomi, ma anche sulla progressione della malattia e sui danni alla capacità motoria.

Come effetto del miglioramento dello stato di salute dei pazienti la terapia con farmaci biologici consente di ridurre sensibilmente i costi sanitari di gestione dei pazienti affetti da AR.

I dati pubblicati recentemente dal Ministero della Salute nella "Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2005-2006" indicano che i costi per paziente/anno, attualizzati al 2005 relativi all'artrite reumatoide sono pari a 4.400 euro per quelli diretti e raggiungono i 12.500 euro per quelli indiretti. La relazione segnala che nella gestione della propria malattia il paziente deve sob-



barcarsi una spesa che si avvicina al 30% dei costi diretti. Applicando i costi indicati dal Ministero della Salute al numero dei pazienti stimati affetti da malattia si calcola che l'artrite reumatoide assorba ogni anno risorse per circa 1,2 miliardi di euro per costi diretti e circa 3,3 miliardi di euro per quelli indiretti.

LA RILEVANZA NEI PIANI SOCIO SANITARI

Dall'analisi del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 e dei Piani Sanitari Regionali vigenti o in corso di approvazione risulta però una ridotta attenzione verso l'artrite reumatoide. A livello nazionale non vi è cenno alcuno nel piano Sanita-

rio vigente (nel P.S.N. 2002-2004 le patologie reumatiche erano invece riconosciute tra gli obiettivi di salute) con la conseguenza che la maggior parte delle regioni non le ha recepite nei propri Piani Sanitari. Ad oggi solo quattro Regioni (Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Sardegna e Toscana) considerano le patologie reumatiche di rilevanza sociale. Tuttavia oggi la criticità più sentita da parte dei pazienti è la difficoltà di accesso alla terapia: i farmaci sono prescrivibili solo da centri autorizzati (con rarissime eccezioni) e le modalità di dispensazione variano da una Regione all'altra e in alcuni casi anche fra le Aziende Sanitarie della medesima Regione.

La continuità assistenziale nelle cure palliative fra ospedale e territorio

Riassunto

La continuità della presa in carico rappresenta l'elemento distintivo nell'esperienza della Rete delle cure palliative nell'Azienda USL di Imola. Grazie alle dimensioni contenute e alle particolari caratteristiche della comunità civile e professionale si sono create condizioni favorevoli allo sviluppo di un percorso originale. La normativa regionale e nazionale è stata seguita tempestivamente e talvolta anticipata nella sua evoluzione, nella ricerca costante di modelli operativi coerenti con le caratteristiche del territorio e con le esperienze e le risorse culturali e professionali presenti nella realtà. Il percorso, articolato in arco di tempo ventennale, ha visto la nascita e lo sviluppo della Rete nella struttura organizzativa, nel catalogo delle prestazioni e dei servizi erogati, nei luoghi di erogazione delle cure. La continuità e la multiprofessionalità hanno caratterizzato sia la fase progettuale che la fase operativa del percorso.

Summary

The continuity of patient care represents the distinguishing trait in the Palliative Care Net experience of Azienda USL di Imola. The small-sized professional community and its peculiarity have created favourable conditions to obtain an original example in the field. Regional and national rules have been promptly applied, enhancing operating models coherently with territory features, experiences and professional resources available. This experience, organized in the space of twenty years, is evidence of the beginning and the development of The Net, its organizational structure and its wide variety of services in delivering palliative care. Continuity of care and multiprofessionality have marked whether the planning stage or the entire operative way.

Giambattista Spagnoli*, **Donatella Galeotti****, **Alberto Minardi*****

*Direzione Sanitaria AUSL Imola

**Rete delle Cure Palliative-Hospice AUSL Imola

***Direzione Distretto AUSL Imola

INTRODUZIONE

Quello che cercheremo di raccontare è l'esperienza di una comunità sociale e professionale che ha raggiunto, nella continuità della cura fra ospedale e territorio, risultati significativi e che ha preso avvio, a Imola, prima ancora che le norme regionali inquadrassero l'argomento. In premessa vorremmo introdurre

due concetti di partenza, che nel nostro caso hanno influito grandemente sui percorsi del management.

Il primo concetto si richiama ad un particolare contesto socio culturale, da Putnam [1] definito "capitale sociale", che in Emilia Romagna e a Imola in particolare ha grande riscontro: intendiamo riferirci ad una rete di istituzioni e di relazioni socia-

li e interpersonali capaci di agire in sinergia per migliorare il benessere comune.

Il secondo concetto riguarda i risultati sul "management" dei servizi sanitari come frutto della continuità dell'esperienza.

A Imola si sono incontrate entrambe le condizioni: grande sensibilità al sostegno sociale reciproco, che con convinzione ancora adesso viene praticato, e soluzioni organizzative che con continuità si evolvono.

LE ORIGINI

La storia della Rete delle Cure Palliative prende avvio nel 1988 con un progetto sperimentale elaborato da un gruppo di lavoro misto (Medici ospedalieri e Medici di Medicina Generale), gestito e finanziato con risorse pubbliche (donazioni finalizzate alla ricerca e all'assistenza in campo oncologico) e basato su un modello di collaborazione "integrata" fra ospedale e territorio.

La prima fase dell'esperienza, che precede la normativa regionale, si sviluppa in totale autonomia, quasi come una sorta di laboratorio, e realizza alcuni importanti obiettivi:

- lo sviluppo del modello assistenziale e la definizione dei criteri per l'accesso
- l'avvio dell'integrazione con il Servizio Infermieristico Domiciliare e dell'esperienza di assistenza in equipe
- la definizione dei bisogni e lo sviluppo delle attività di segretariato sociale (supporto alle pratiche per la concessione dei sussidi economici e dei presidi)

**PAROLE CHIAVE:**

continuità, integrazione, rete delle cure palliative

KEY WORDS:

continuity, integration, net of the cares palliative

- l'elaborazione della cartella clinica
- la definizione delle modalità di interazione con l'Unità operativa di Oncologia (per l'erogazione di farmaci e prestazioni diagnostiche)
- l'acquisizione di una identità e il progressivo incremento dei volumi di attività.

Accanto agli aspetti organizzativi si delineano e si rendono riconoscibili le caratteristiche fondamentali di un Servizio di Cure Palliative [2] che prende forma e diventa un punto di riferimento per un target di utenza definito: i pazienti oncologici in fase avanzata di malattia.

I professionisti medici agiscono in collaborazione. Viene valorizzato il ruolo dell'infermiere, non più fornitore di prestazioni ma partecipe a pieno titolo del piano assistenziale attraverso un intervento attivo e continuativo. Si comincia a sperimentare il modello dell'assistenza in equipe, attraverso la condivisione del momento valutativo progettuale e le riunioni settimanali. La ricerca di continuità con le UU.OO. di degenza si concretizza attraverso la visita ai pazienti ricoverati e i colloqui pre – dimissione.

La normativa regionale

Con la Legge regionale N° 29 del 20 luglio 1994 ("Assistenza a domicilio di pazienti oncologici terminali") [3] e la successiva Deliberazione del Consiglio regionale ("Programma pluriennale di interventi per l'assistenza a domicilio dei pazienti oncologici terminali" dell'1 marzo 1995) [4] la Regione Emilia Romagna:

- definisce una base legislativa

comune a tutto il territorio valorizzando le esperienze già in atto ponendole a modello di riferimento

- stabilisce i criteri di eleggibilità al trattamento domiciliare per i pazienti oncologici terminali e identifica nel Distretto la sede della responsabilità organizzativa
- definisce i criteri di valutazione dell'assistenza erogata (indicatori di processo e di esito) e provvede al finanziamento del programma.

In coerenza con quanto previsto dalla normativa regionale, viene istituita la C.A.D.O. (Commissione per l'Assistenza Domiciliare Oncologica), organo tecnico – professionale deputato a governare il processo di adeguamento dell'esperienza in atto. La composizione di tale Commissione (Responsabile U.O. di Oncologia, Medici palliativisti dell'U.O. di Oncologia, Direzione sanitaria di Presidio, Direzione del Distretto, Medici di Medicina Generale, Servizio Infermieristico Domiciliare, Consorzio dei Servizi Sociali) riflette la volontà di mantenere la dimensione multiprofessionale e l'integrazione ospedale – territorio.

La fase operativa

Attraverso un'intensa attività la C.A.D.O. provvede a:

- identificare e definire le caratteristiche del N.O.D.O. (Nucleo Operativo Domiciliare Oncologico), struttura operativa deputata all'erogazione dell'assistenza
- assegnare le responsabilità organizzative e di supervisione tecnica

- informare e coinvolgere i Medici di Medicina Generale
- definire i criteri di accesso all'assistenza, le modalità di erogazione dei farmaci e delle prestazioni diagnostiche e le competenze del responsabile terapeutico
- elaborare la cartella integrata medico – infermieristica (strumento multiprofessionale condiviso)
- elaborare un percorso di formazione e aggiornamento comune alle diverse professionalità, con l'intento di preparare operatori in grado di gestire le complesse problematiche socio – sanitarie del paziente a domicilio [5]

Il N.O.D.O. (Nucleo Operativo Domiciliare Oncologico), rappresenta l'unità operativa che eroga l'assistenza sul territorio. Il percorso di cura viene avviato da una richiesta, alla quale segue la valutazione palliativistica multiprofessionale (Medico di Medicina Generale, Medico palliativista, infermiere, assistente sociale) con la verifica della presenza dei criteri di eleggibilità, l'assegnazione della responsabilità terapeutica (al MMG o al Medico palliativista), l'identificazione del familiare leader, l'apertura della cartella clinica, l'elaborazione del piano assistenziale individuale, la definizione degli obiettivi, la pianificazione degli interventi e dei momenti di verifica.

Con la Deliberazione n. 124 della Giunta regionale (8 febbraio 1999) [6] la Regione Emilia Romagna riorganizza l'assistenza domiciliare integrata su base distrettuale superando i modelli diversificati per categorie di pazienti e propone un modello unico, basato su livelli differenziati di intensità delle cure in relazione ai bisogni assistenziali del singolo paziente.

Il N.O.D.O. viene preso a modello di riferimento: l'attivazione dell'assistenza avviene attraverso la valutazione multidimensionale del pa-

ziente e l'elaborazione di un piano di assistenza individuale (PAI).

Vengono identificate le risorse operative: Servizio Infermieristico Domiciliare, Medici di Medicina Generale organizzati in forma associativa (Nuclei di Cure Primarie, Medicina di gruppo, Medicina in rete), Medici specialisti, e si definiscono le modalità di collegamento con le UU. OO. Ospedaliere.

Anche a Imola viene istituita la Commissione professionale per le cure domiciliari, organo tecnico – professionale al quale viene affidato il compito di attuare la riorganizzazione dell'ADI attraverso:

- la definizione dei criteri di eleggibilità per la presa in carico
- l'individuazione dei gradi di intensità dell'assistenza
- l'elaborazione di strumenti comuni per la valutazione multidimensionale [7]
- l'elaborazione di protocolli e linee guida (in particolare per la fornitura di farmaci e presidi, di sangue ed emoderivati, di supporto nutrizionale)
- la definizione degli indicatori di verifica (volumi di attività, indicatori di attività e di accessibilità).

La commissione ha composizione MISTA ospedale – territorio ed è formata da Medici di Medicina Generale, Geriatri, Oncologi Palliativisti, Internisti, Infermieri del territorio, Assistenti sociali.

L'attività della Commissione realizza 3 grandi obiettivi:

1. l'elaborazione della Procedura per la dimissione protetta

Consente di governare la dimissione [8] da reparto di un paziente che presenta bisogni sanitari e/o sociali tali da rendere necessario garantire la continuità assistenziale nel passaggio ospedale/domicilio.

Condizioni preliminari sono la presenza di un valido supporto familiare o rete di aiuto e di una idonea condizione abitativa, la compatibilità

della condizione clinica con la permanenza a domicilio. La dimissione protetta ha la finalità di:

- assicurare al paziente e alla famiglia una risposta adeguata ai bisogni al momento del rientro a domicilio
- aumentare l'efficacia della presa in carico favorendo la deospedalizzazione e prevenendo i ricoveri
- ottimizzare l'uso delle risorse riducendo i tempi di degenza e definendo percorsi terapeutico-assistenziali appropriati e condivisi.

2. la realizzazione del PUNTO UNICO

Il modello prevede una organizzazione centralizzata con un PUNTO UNICO [9] di accesso della domanda e di erogazione della risposta. Questo permette l'identificazione di un punto di riferimento comune a tutti gli attori e la valorizzazione dell'esperienza di professionisti competenti a fornire risposte assistenziali socio - sanitarie sul territorio. Inoltre viene creato un elemento fisico, visibile, di integrazione fra ospedale e territorio.

Il paziente viene identificato precocemente, già dalle prime fasi del ricovero.

Contemporaneamente si attua il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale finalizzato a raccogliere informazioni, verificare la fattibilità del progetto di dimissione, creare una relazione positiva fra strutture e attori diversi chiamati ad operare per lo stesso scopo con modalità integrate.

3. la riorganizzazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata

L'ADI [10] viene riorganizzata su base distrettuale, unificando le diverse modalità presenti sul territorio e prevedendo un modello di assistenza non più basato sulla patologia ma sul livello di intensità di erogazione delle cure:

- ADI 1 a prevalente bisogno assistenziale sociale
- ADI 2 a bisogno sanitario intermedio con prevalenza dell'assistenza infermieristica
- ADI 3 a bisogno sanitario elevato con prevalenza dell'assistenza medica (erogata dal MMG e integrata dallo specialista).

Viene definita l'assegnazione delle responsabilità nella presa in carico dei pazienti (responsabile del caso, secondo il modello del case management, può essere l'assistente sociale nell'ADI 1, l'infermiere nell'ADI 2, il medico nell'ADI 3; responsabile terapeutico è sempre il Medico di Medicina Generale).

La Rete delle Cure Palliative, in coerenza con la normativa regionale, partecipa all'evoluzione organizzativa in atto attraverso il superamento dell'esperienza del NODO (che rimane come modello di riferimento) e l'adesione al modello aziendale dell'ADI (ADI oncologica). [11] [12] [13]

La responsabilità terapeutica viene assegnata al Medico di Medicina Generale, in coerenza con quanto previsto dalla Legge Regionale e dalla Convenzione [14] e viene ridefinito il ruolo del Medico palliativista dell'Unità Operativa di Oncologia che non assume più la funzione di responsabile terapeutico ma agisce in qualità di consulente specialistico.

La maggior partecipazione del Medico di Medicina Generale consente di liberare risorse e di completare l'offerta assistenziale (terapia emotrasfusionale a domicilio, terapia infusione a domicilio con addestramento del caregiver).

L'ultima tappa del nostro percorso evolutivo ha visto il completamento della Rete delle Cure Palliative con la realizzazione della struttura residenziale.

La fase residenziale

Nell'autunno del 2003 è stato formato un Gruppo di lavoro multiprofessionale nel quale erano presenti la Direzione medica di Presidio, la Direzione medica e infermieristica di Dipartimento, la Direzione dell'U.O. Oncologia, i medici palliativisti, il Servizio infermieristico domiciliare, la Direzione di Distretto e i rappresentanti dei Medici di Medicina Generale.

Il Gruppo [15] ha elaborato il Progetto "Miglioramento dell'assistenza al Paziente neoplastico in fase avanzata", inserito nel PAL aziendale, al quale ha fatto seguito, il 12 gennaio 2004, l'attivazione dell'Unità di Cure Integrate Oncologiche (14 posti letto collocati al 6° piano dell'Ospedale nuovo di Imola).

L'esperienza dell'U.C.I.O. ha consentito di realizzare alcuni importanti obiettivi:

- dare risposta al bisogno di assistenza in struttura di degenza in attesa dell'apertura dell'Hospice
- selezionare e formare i professionisti per l'Hospice
- avviare l'esperienza del lavoro in equipe e sviluppare un programma di formazione sul campo
- realizzare un modello assistenziale e di integrazione multiprofessionale propedeutico all'Hospice
- definire i criteri di eleggibilità e priorità per l'accesso in Hospice
- definire le modalità di integrazione con il territorio
- garantire la continuità nel passaggio ospedale – territorio attraverso la presenza degli stessi Medici palliativisti e il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale nell'ingresso e nella dimissione.

Il 6 aprile 2005 termina la fase sperimentale (U.C.I.O.) con l'apertura dell'Hospice [16] situato nel Presidio ospedaliero di Castel San Pietro Terme. Dotato di 12 posti letto (1 ogni 10000 abitanti) l'Hospice com-

pleta la Rete delle Cure Palliative e si propone di realizzare la propria mission attraverso:

- l'assistenza alla persona, ispirata ai principi della Medicina Palliativa
- l'accoglienza dell'unità Paziente – famiglia
- l'ascolto empatico del paziente e del familiare e la condivisione nell'elaborazione del percorso assistenziale
- la continuità nella relazione terapeutica
- l'accompagnamento nella fase terminale della malattia.

La struttura è stata sottoposta a visita di Accreditamento [17] in data 26 Febbraio 2007 ed è in attesa di Decreto Regionale.

BIBLIOGRAFIA

[1] Putnam, R.: *Bowling Alone. The collapse and revival of American community.* Simon & Schuster, New York, 2000

[2] Di Mola, G. et al.: *Approccio multidisciplinare alle malattie in guaribili.* Masson, 1993.

[3] Regione Emilia Romagna: *Legge regionale N° 29 "Assistenza a domicilio di pazienti oncologici terminali"* 20.07.94

[4] Regione Emilia Romagna: *Deliberazione del Consiglio regionale "Programma pluriennale di interventi per l'assistenza a domicilio dei pazienti oncologici terminali"* 01.03.2005

[5] Andreoni, B. (a cura di): *Assistenza domiciliare integrata, Masson, 2000*

[6] Regione Emilia Romagna: *Deliberazione Giunta regionale 8 febbraio 1999, n. 124 "Criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari". Bollettino ufficiale 16 marzo 1999*

[7] Bertagini, P. et al.: *Necessità assistenziali di un campione di 250 pazienti tumorali in fase terminale. Ann Ig 1998; 10: 373-385.*

[8] Regione Emilia Romagna: *Piano sanitario regionale 1999-2001*

[9] AA.VV.: *Il distretto e le cure intermedie. Atti del 2° Convegno nazionale CARD. Riccione. 16-18 ottobre 2003*

[10] Di Mola, G. (a cura di): *Manuale Home care 2002-2003. Guida all'assistenza domiciliare integrata. Meditor.*

[11] Perino, M.: *Assistenza domiciliare: accreditamento e livelli essenziali di assistenza: Servizi sociali oggi, vol. 11, n.4, 2006, pag.42-47.*

[12] Bartolomei, L., Quercioli, C., Massai, D.: *L'infermiere di famiglia. Nuova figura specifica per l'assistenza domiciliare. Mondo sanitario, n.10, 2005, pag.19.*

[13] Majello, M. et al.: *L'assistenza domiciliare al paziente oncologico terminale: qualità di vita e carico assistenziale. Giornale di gerontologia, vol.52, n.55, 2004, pag.53.*

[14] *Accordo collettivo nazionale dei Medici di Medicina Generale*

[15] Rossi, A. et al.: *"Miglioramento dell'assistenza al Paziente neoplastico in fase avanzata", PAL aziendale 2004-2006. Azienda USL di Imola*

[16] Amadori, D., De Conno, F.: *Libro italiano di Cure Palliative. Paletto editore. 2003.*

[17] Regione Emilia Romagna: *Requisiti specifici per l'accreditamento di Strutture Residenziali di Cure Palliative- Hospice*



ARCO HA CREATO un SISTEMA PER FAR GRANDE LA TUA IMPRESA

ARCO è una azienda chimica certificata
UNI EN ISO 9001 e ISO 14000 che formula
e produce prodotti rivolti al mercato delle
pulizie e sanificazioni industriali.



Il progettista di lavoro dell'azienda continua
a lavorare secondo un progetto che considera
molto importante non solo la ricerca e la
progettazione di prodotti, ma anche lo sviluppo
di sistemi software innovativi rivolti ad una
clientela sempre più esigente e di alta
professionalità.

Arco è assistenza tecnica, aggiornamento
e corsi di formazione di nuova generazione,
in collaborazione con gli operatori di settore.



ARCO S.p.A.
P.O. BOX 114
37014 ARCO (TN)
Tel. 0461 5890 - 5891
Fax 0461 5894
www.arcochimica.it

ARCO S.p.A.
Via S. Costanzo, 30/34
37014 ARCO (TN)
Tel. 0461 5890 - 5891
Fax 0461 5894
www.arcochimica.it

Il Day Service: un nuovo modello organizzativo di assistenza ambulatoriale

Riassunto

Il day service rappresenta una forma di assistenza intermedia tra il ricovero in day hospital e la prestazione ambulatoriale. Considerandola una alternativa vantaggiosa sia per il paziente che per la struttura erogante abbiamo voluto, anche presso la U.O. di Diabetologia ed Endocrinologia dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza, sperimentare questa tipologia assistenziale. I risultati ottenuti rappresentano un primo step, prima dell'implementazione del day service in altre unità operative.

Summary

The day service represents a shape of intermediate attendance between the shelter in day hospital and the ambulatoriale performance. Considering it a favorable alternative in either case for the patient and for the distributing structure we wanted to test, also in the Hospital of Cosenza, this charitable tipologia. The results represent a first step, first to extend the day service in others units hospitals worker.

**Fulvio Porto, *Maddalena Ballardin*, Ida Rosanna Talarico*,
Donato Branca*, Antonella Benvenuto**,
Maria Addolorata Vantaggiato**, Vincenzo Risoli****

*UO Diabetologia ed Endocrinologia P.O. Annunziata Azienda Ospedaliera di Cosenza

**Direzione Sanitaria PO Annunziata - Azienda Ospedaliera di Cosenza

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni il sistema sanitario nazionale ha spinto le strutture eroganti ad indirizzare l'attenzione su scelte di carattere organizzativo e gestionale in grado di ottimizzare il rapporto fra costi, qualità delle cure, appropriatezza e continuità assistenziale.

Il day service rappresenta una delle espressioni di tale progettualità ed ha prodotto significativi risultati nelle varie realtà sanitarie italiane (1,2,3) ove è stato adottato.

Tali risultati sono apparsi vantaggiosi sia per i cittadini/utenti che per le Aziende Ospedaliere/Sanitarie.

Ai primi ha permesso di accedere alle prestazioni seguendo un percorso as-

sistenziale, centrato sul paziente, che al contrario delle prestazioni ambulatoriali, permette la presa in carico del paziente e garantisce il raggiungimento di obiettivi di cura pari a quelli del day Hospital.

La durata dello studio diagnostico e l'avvio del relativo trattamento, avviene secondo ben definiti percorsi clinici; è ragionevolmente contenuta nel tempo, consente una gestione meglio coordinata delle patologie in esame. La qualità delle prestazioni, percepita dagli utenti è globalmente migliore rispetto a quella ambulatoriale.

Alle Strutture erogatrici offre la possibilità di migliorare l'appropriatezza dei ricoveri in day Hospital, di contenere i costi della prestazione, garantendo al paziente uguali standard di qualità, soddisfacen-

do le necessità diagnostiche – terapeutiche.

Alla luce delle esperienze nazionali abbiamo voluto verificare se il Day Service, relativo alle patologie di nostra competenza, potesse essere attuato con successo anche nella nostra popolazione. A tal fine abbiamo fissato i seguenti obiettivi:

- 1) Presa in carico del paziente per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche;
- 2) Riduzione dei tempi di studio diagnostico e di avvio della terapia, rispetto agli stessi tempi abituali dell'attività ambulatoriale;
- 3) Eliminazione dei casi inappropriati per l'accesso al DH;
- 4) Garanzia di una gestione coordinata delle patologie in studio;
- 5) Miglioramento della qualità globale delle prestazioni.

MATERIALI E METODI

Autorizzazione.

E' stata concessa dalla direzione sanitaria aziendale su richiesta del Direttore della UO, per sperimentare l'attività di Day Service in Diabetologia ed Endocrinologia.

Pazienti e criteri di selezione.

I pazienti ammessi al Day Service hanno avuto accesso dopo visita medica ambulatoriale, che ha impiegato, come riferimento, un elenco delle patologie appropriate (allegato 1) per il Day Service.

Per le quali oltre alla individuazione si è proceduto al confezionamento del pacchetto di prestazioni diagnostico-terapeutiche necessarie.

**PAROLE CHIAVE:**

Day Service, Appropriatezza, Efficienza

KEY WORDS:

Day Service, Effectiveness, Efficiency

Allegato 1

Azienda Ospedaliera di Cosenza
PO Annunziata
UO di Diabetologia ed Endocrinologia
Direttore Dr. D. Branca
(Tel. 0984/681397)

DAY SERVICE***PATOLOGIE IN STUDIO***

- 1) GOZZO DIFFUSO NON TOSSICO
- 2) NODULI TIROIDEI
- 3) IPERTRICOSI ED IRSUTISMO LIEVE
- 4) IRREGOLARITA' MESTRUALI
- 5) OBESITA' DI I GRADO
- 6) DISLIPIDEMIE LIEVI
- 7) IPERPROLATTINEMIA LIEVE
- 8) IPERURICEMIA
- 9) IPERGLICEMIA NON DIAGNOSTICA
PER DIABETE (sospeta ridotta tolleranza Glucidica)
- 10) OSTEOPOROSI ed OSTEOPENIA
- 11) FOLLOW-UP ENDOCRINOPATIE

PACCHETTO ESAMI DIAGNOSTICI

- FT3, FT4, TSH, AB-TG, AB-TPO
Ecografia tiroidea
- FT3, FT4, TSH, AB-TG, AB-TPO, CALCITONINA, CEA
Ecografia tiroidea
eventuale scintigrafia tiroidea
eventuale agoaspirato tiroideo con esame citologico
- FSH, LH, PRL, E2, CORTISOLO, DHEAS, ASD,
TESTOSTERONE, 17OHPG
ecografia ovarica
- FSH, LH, PRL, E2, CORTISOLO, DHEAS, ASD,
TESTOSTERONE
ecografia ovarica
- glicemia, colesterolo totale, hdl, ldl, trigliceridi,
uricemia, TSH, CORTISOLEMIA, INSULINEMIA,
eventuale OGTT
ecografia addominale
- colesterolo totale, hdl, ldl, trigliceridi, glicemia, TSH
ecografia addominale
- PRL seriata, TSH
- uricemia, glicemia, colesterolo totale, hdl, ldl,
ecografia renale
- OGTT
- Calcemia, fosforemia, fosfatasi alcalina, telopeptidi
sierici
MOC ad ultrasuoni
- Esami del caso.

Allegato 2

Azienda Ospedaliera di Cosenza
P.O. Annunziata
UO di Diabetologia ed Endocrinologia
Direttore : Dr. D.Branca
(Tel 0984/681397)

Consenso Informato al DAY SERVICE

Io sottoscritto.....
Nato ail.....
Residente a.....via.....n°.....
Dichiaro di essere stato informato in modo chiaro ed a me comprensibile dal Dott.....che, per la patologia riscontratami, è appropriato lo studio diagnostico in regime di DAY SERVICE, del quale mi sono stati spiegati:
Obiettivi: Presa in carico del paziente per valutazione rapida e coordinata della problematica clinica ed avvio rapido della terapia, con evidente miglioramento della qualità dell'assistenza.
Modalità organizzative : reclutamento del paziente secondo la patologia , studio diagnostico in Day Service, consigli per la terapia a domicilio .
Costi delle prestazioni: secondo i tickets previsti.
Ciò premesso, acconsento/ non acconsento a sottopormi alle prestazioni in regime di Day Service.
Cosenza, li

(Firma leggibile del paziente)

(Firma leggibile del medico)

Consenso informato e registro di Day Service

I pazienti reclutati sono stati quindi dettagliatamente informati circa il significato del Day Service, i suoi obiettivi assistenziali, l'organizzazione, le procedure amministrative e cliniche ed i costi del pacchetto degli esami diagnostici necessari (allegato 2). Hanno espresso o meno il consenso scritto alla esecuzione degli esami specifici ed, in caso affermativo, hanno avuto accesso al Day Service nella data stabilita secondo apposito Registro di prenotazione e previo pagamento dei tickets relativi alle prestazioni del pacchetto.

Studio diagnostico ed avvio della terapia.

Durante il Day Service sono stati effettuati gli esami di laboratorio, radiologici e strumentali previsti dallo specifico percorso diagnostico; sono stati raccolti ed interpretati i risultati degli esami utilizzando una scheda in cui tali informazioni vengono registrate (allegato 3); è stata definita la diagnosi ed avviata la terapia, con il consiglio di controlli ambulatoriali specialistici, informazioni queste presenti in una apposita relazione di dimissione consegnata ai pazienti.

Questionario della qualità percepita

Alla fine delle giornate di Day Service è stato distribuito ai pazienti un questionario relativo alla nuova esperienza assistenziale vissuta , al fine di verificarne la compliance ed il loro giudizio sulla qualità globale percepita con la possibilità di rilevare eventuali osservazioni utili al miglioramento del Day Service.

Adesione alla sperimentazione

Hanno aderito tre Dirigenti medici della UO e tutto il personale infermieristico del Reparto, coordinato dal Caposala.

I questionari di gradimento sono stati elaborati da un Dirigente medico della Direzione Sanitaria di Presidio

Periodo della sperimentazione:
Aprile - Novembre 2006.

RISULTATI

Sono stati studiati in Day Service n° 100 pazienti (Tab. 1) (86 f e 14 m), di età media di 44 anni (+-16) I tempi medi di attesa per l'accesso sono stati di 7 giorni (Graf. 1), con una durata media dello studio diagnostico ed avvio della terapia di 10 giorni; le patologie prevalenti sono state quelle tiroidee. Il giudizio dei pazienti circa l'esperienza di Day service , rilevato dai questionari raccolti, è stato positivo in 96 casi ; indifferente in 2 casi ; non rilevato in 2 casi questionari.(Graf. 2)

DISCUSSIONE

I risultati ottenuti hanno consentito di verificare :

- che tale tipo di modalità assistenziale soddisfa sia le esigenze diagnostiche che terapeutiche con un elevato grado di appropriatezza delle prestazioni strumentali , quali le ecografie, gli ecocolor-doppler e le scintigrafie, che vengono eseguite in ambulatorio in pochi giorni. I tempi di attesa del Day Service sono paragonabili attualmente solo a quelli delle visite mediche ambulatoriali;
- una migliore gestione delle patologie, in relazione alla celerità dello studio diagnostico e della terapia ed alla continuità clinico- assistenziale;
- l'eliminazione della quota dei ricoveri , che potevano essere considerati inappropriati per il DH dal punto di vista organizzativo , nonostante il Day Service avviato sia un modello nuovo di assistenza;
- una buona compliance dei pazienti ed il giudizio positivo da parte dei pazienti, che hanno accettato il Day S. , ritenendo i vantaggi di gran lunga superiori allo svantaggio di pagare i tickets;
- dal punto di vista della organizzazione interna, dopo qualche perplessità inizia-

Tab. n° 1

Popolazione dello studio	
N° pazienti	100
sesto	86 f /14m
età	44 + -16
patologie esaminate:	
tireopatie isolate*	43
diabete gestazionale	7
patol. end.metab. miste **	21
patologie varie isolate***	29

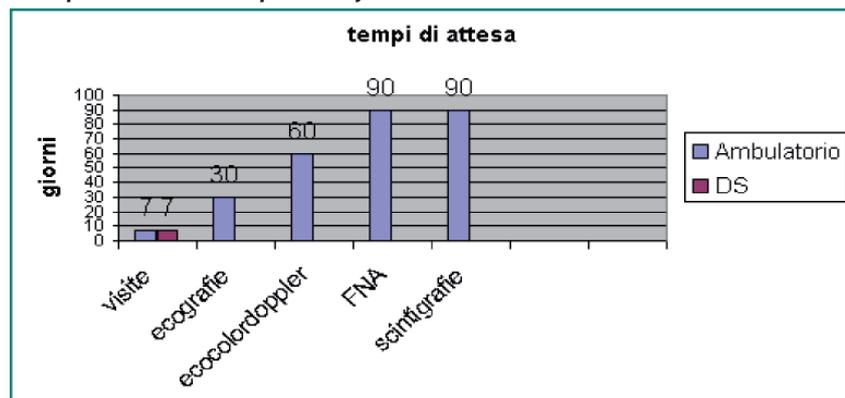
*Le tireopatie isolate comprendono in prevalenza il gozzo non tossico oltre al gozzo ipofunzionante e l'ipotiroidismo

**Le patologie endocrino metaboliche miste comprendono in prevalenza il gozzo non tossico associato ad obesità o diabete mellito, oppure ad ipertrigliceridemia , oltre alla pcos + tiroidite cronica autoimmune

***Le patologie varie isolate comprendono la ridotta tolleranza glucidica ed il diabete mellito, l'ipercolesterolemia, Irsutismo idiomatico e le irregolarità mestruali

Graf. n°1

I Tempi medi di attesa per il Day Service e l' Ambulatorio



Graf. n°2



le è stato poi accettato da tutti i Servizi dell'Ospedale.

In conclusione il Day Service è risultato vantaggioso per i pazienti, in relazione al miglioramento delle prestazioni ricevute, per la UO, in quanto ha permesso di evi-

tare i casi inappropriati per l'accesso al DH e per l'Azienda Ospedaliera , che ha potuto incrementare i livelli di efficacia ed efficienza nell'erogare le prestazioni sanitarie. E' auspicabile che questa nostra esperienza di Day Service possa essere

Allegato 3

Azienda Ospedaliera di Cosenza
P.O. "Annunziata"
UO di Diabetologia ed Endocrinologia
Direttore : Dr. D. Branca
(Tel 0984/681397)

DAY SERVICE

Cognome e nome

Luogo di nascitaData di nascita.....

Residenza Via.....

Codice Fiscale..... Tel.....

Data di Ingresso

DIAGNOSI DI INGRESSO

INDAGINI DIAGNOSTICHE

DIAGNOSI D'USCITA

TERAPIA CONSIGLIATA A DOMICILIO

Giorni di day service

Impegnative : interne N°.....esterne N°Lab/Vir.n°ricetta.....

Cit.n° ricetta

Rx n° ricetta

Scint.n°ricetta

Gin.n°ricetta

.....n°ricetta

Cosenza, li

L'UTENTE

IL DIRIGENTE MEDICO

estesa ad altre discipline come modello integrativo delle attività di Reparto , l'unica nota negativa è la mancanza di una tariffa specifica per questa modalità assistenziale che tenga conto dell'impegno assistenziale degli operatori sanitari.

BIBLIOGRAFIA

1) R. Castello, E. Papini, C. Suraci, V. Toscano: "Le nuove modalità dell'assistenza: dal DH al Day Service" -Associazione Medici endocrinologia (AME) 2006

2) Il Day Service Ambulatoriale (DSA): "Un nuo-

vo modello organizzativo di assistenza ambulatoriale complessa ed integrata" - Linnee - guida allegata alla circolare n° 8 del 30 Aprile 2004 della Regione Emilia Romagna

3) Progetto: Istituzione di Day Service , per pazienti affetti da ipertensione arteriosa- uO di Nefrologia - Azienda USL n° 2 di Lucca - regione Toscana

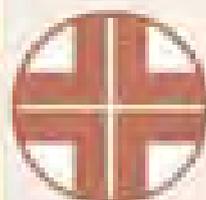
Il Sistema **KEMIKA** a

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

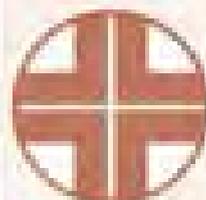
Pulizia
e disinfezione
dei sanitari
con **SANOCIT EX** e
Panni in Microfibra
EXTRAKLIN



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 65 - COURONNA 2 - 15079 Ovada (AL) ITALIA
Tel. (0039)0143-83.264 Fax (0039)0143-83.30.00
www.kemika.com e-mail: info@kemika.com

Qualità microbiologica dei liquidi dialitici: risultati di una sorveglianza pluriennale nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona

Riassunto

Gli Autori hanno valutato la performance dell'impianto di dialisi attivo presso il Servizio di Emodialisi dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona (AOOR) a partire dal 1992 attraverso l'esecuzione di controlli microbiologici mensili di campioni di acqua di dialisi e dialisato.

Summary

The Authors evaluated the performance of hemodialysis equipment in the Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti of Ancona. Since 1992 they have made monthly microbiological analysis on water used for dialysis and dialysate and now they show the results.

Pamela Barbadoro*, **Sonia Bacelli***, **Irene De Bellis***, **Anna Marigliano***, **Sandra Savini***

*Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona

al controllo della qualità dell'acqua di dialisi, è emerso come l'81% delle unità di dialisi disponga di un programma di controllo della qualità dell'acqua, sia pure con modalità e frequenza variabili,⁸ differenze che, probabilmente, potranno essere minimizzate dopo la diffusione delle Linee Guida della SIN su acqua e soluzioni per emodialisi.⁵ L'obiettivo del nostro studio è stato quello di valutare la qualità dell'acqua di dialisi e del dialisato del Servizio di Emodialisi dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti (AOOR) di Ancona a partire dal 1992. L'analisi dell'andamento dei risultati ci ha consentito di valutare l'impatto dell'introduzione di nuove metodiche analitiche sulla performance dell'impianto.

INTRODUZIONE

Secondo i dati della Società Italiana di Nefrologia in Italia i pazienti in dialisi, al dicembre 2004, erano 43.986, con un tasso di mortalità per infezione pari all'8%.¹

La contaminazione microbiologica del dialisato rappresenta uno dei principali fattori responsabili di danni acuti e cronici sul paziente: dalla setticemia, reazioni pirogene, cefalea, mialgia, ipotensione a probabili effetti secondari come amiloidosi, osteopenia e catabolismo muscolare.² Durante la dialisi, l'organismo del paziente si apre ad un fluido da cui è separato solo attraverso una sottile membrana; infatti il paziente dializzato è esposto a circa 15.000 – 30.000 litri di acqua l'anno! Oltre alla contaminazione da batteri vitali, assumono un notevole ruolo nella patogenesi di numerosi di-

sturbi in questi pazienti le endotossine rilasciate dai batteri gram-negativi. E' pertanto, essenziale garantire una purezza chimica e microbiologica dei liquidi dialitici. Nel 1981 l'Association for the Advancement of Medical Instrumentation (AAMI), con il protocollo *Water Quality for Dialysis (WQD)*, formulò standard di purezza microbiologica,³ successivamente la Farmacopea Europea⁴, la Società Italiana di Nefrologia (SIN)⁵ e la *European Dialysis & Transplant Nurses Association / European Renal Care Association (EDTNA/ERCA)*⁶ hanno raccomandato ulteriori limiti di contaminazione.

Per un adeguato controllo della qualità, tuttavia, è necessario affiancare all'utilizzo delle tecnologie più avanzate un sistema di sorveglianza delle caratteristiche dei fluidi dialitici.⁷ In uno studio condotto in Italia relativo

MATERIALI E METODI

Dal gennaio 1992 la SOD complessa di Igiene Ospedaliera effettua controlli microbiologici mensili di campioni di acqua di dialisi e dialisato del Servizio di Emodialisi dell'AOOR di Ancona. Il sistema di trattamento dell'acqua è composto da un serbatoio con acqua clorata, due addolcitori, due dechloratori, un impianto di bi-osmosi inversa e quattro anelli di distribuzione in acciaio inox. I liquidi dialitici da analizzare sono stati prelevati a livello dei punti critici dell'impianto di produzione dell'acqua per emodialisi: immediatamente dopo la bi-osmosi inversa ed in corrispondenza del rubinetto di ritorno dell'acqua dal circuito di distribuzione (acqua osmotizzata); a livello degli apparecchi di dialisi (monitor) prima dell'ingresso

**PAROLE CHIAVE:**

emodialisi, qualità, acqua di dialisi, dialisato

KEY WORDS:*hemodialysis, quality, dialysis water, dialisate*

nel dializzatore (dialisato). Dopo accurata sanitizzazione dei punti di prelievo, i liquidi dialitici sono stati raccolti in contenitori sterili per la valutazione della carica batterica ed in contenitori sterili ed apirogeni per la determinazione delle endotossine batteriche, trasportati in contenitori refrigerati ed analizzati entro 6 ore.

VALUTAZIONE DELLA CARICA BATTERICA

L'analisi microbiologica ha previsto la determinazione della carica batterica mediante la metodica di inclusione in agar e di filtrazione su membrana. Metodica di inclusione in agar: inclusione di 1 ml di campione in piastra Petri con Standard Plate Count Agar (SPCA – Oxoid), miscelandoli prima della loro solidificazione e successiva incubazione a 35/37°C per 48 ore.

Metodica di filtrazione su membrana: filtrazione dei campioni attraverso una membrana di nitrato di cellulosa con pori di 0,2 µm e coltura del filtro su piastra di Standard Plate Count Agar (SPCA–Oxoid). Il volume di campione filtrato è stato di 50/100 ml per l'acqua di dialisi e di 10 ml per il dialisato. Dopo incubazione a 35/37°C per 48 ore, si è proceduto al conteggio delle colonie.

A partire dal febbraio 2006, in seguito alla pubblicazione delle Linee Guida SIN,5 la metodica è stata modificata sostituendo il terreno di coltura SPCA con un substrato più povero di nutrienti come il Reasoner's 2 A (R2A-Oxoid), variando la temperatura di incubazione a 21/23°C ed aumentando il tempo di incubazione a 5-7 giorni.

DETERMINAZIONE DI ENDOTOSSINE BATTERICHE

A partire dal mese di ottobre 2001, alla valutazione della carica batterica sui campioni relativi ai monitor, alla bi-osmosi inversa ed al "ritorno", è stata affiancata la rilevazione della presenza di endotossine batteriche mediante LAL-test (Limulus Amebocyte Lysate).

LAL Test, metodo gel-clot: è un test semi-quantitativo che si basa sulla capacità delle endotossine batteriche (lipopolisaccaridi costituenti della parete cellulare dei batteri gram-negativi) di provocare coagulazione del lisato di amebociti di *Limulus Polyphemus* con la conseguente formazione di un gel stabile.

Nell'anno in corso, è stato assunto come limite di riferimento per le endotossine batteriche il valore di 0.25 EU/ml relativamente al dialisato standard.5,6

I risultati ottenuti sono stati, quindi, confrontati con i limiti di riferimento riportati in Tabella 1.

ANALISI DEI DATI

Negli anni in studio sono state considerate le distribuzioni delle positività dei prelievi (valori %), valutando separatamente i risultati dei campioni prelevati a livello di bi-osmosi inversa e ritorno (acqua di dialisi) e quelli relativi ai monitor (dialisato).

Le differenze negli anni nelle percentuali di conformità sono state valutate calcolando il χ^2 per il trend secondo Cochran-Armitage. La distribuzione della carica batterica media nel corso degli anni è stata valutata sud-

dividendo le rilevazioni in 3 periodi successivi:

- 1992-2000: carica batterica rilevata sul precedente impianto di trattamento dell'acqua in PVC ed adottando la metodica dell'inclusione in agar.
- 2001-2005: carica batterica rilevata sul nuovo impianto di trattamento dell'acqua in acciaio inox ed adottando la metodica della filtrazione.
- dal febbraio 2006: carica batterica rilevata dopo incubazione a 22°C per 7 giorni utilizzando come terreno di coltura R2A ed adottando la metodica dell'inclusione in agar.

La significatività delle differenze tra i singoli periodi sono state valutate mediante test t di Student. Una probabilità del 5% è stata scelta come livello di significatività per l'interpretazione dei risultati.

RISULTATI

Acqua di dialisi

Dal gennaio 1992 al dicembre 2006 sono stati analizzati 236 campioni prelevati da bi-osmosi inversa e "ritorno", con una proporzione di campioni non conformi, relativamente alla carica batterica, pari al 3,39% (N=8).

La contaminazione media è, comunque, risultata ampiamente al di sotto dei limiti standard considerati, essendo pari ad un massimo di 53,81 UFC/ml nel 1999 e ad un minimo di 1,12 UFC/ml nel 2001. Il periodo 1992-2000 è risultato caratterizzato dalla più alta carica batterica media (26,45 UFC/ml) che si è consistentemente ridotta con l'introduzione del nuovo impianto di trattamento dell'acqua (media=2,13 UFC/ml; $p<0,05$). Nel 2006, infine, la carica batterica media è stata di 11,02 UFC/ml, significativamente superiore a quanto misurato negli anni precedenti ($p<0,05$).

Non sono mai stati superati i limiti di contaminazione endotossinica nell'acqua osmotizzata.

Tabella 1. Limiti di contaminazione microbiologica per acqua di dialisi e dialisato.

ACQUA DI DIALISI	Riferimento Bibliografico
Carica batterica < 200 UFC/mL	AAMI ³ AAMI ⁹
Carica batterica < 100 UFC/mL Endotossine < 0,25 EU/mL	European Pharmacopoeia ⁴ Farmacopea Ufficiale Italiana ¹⁰ EDTNA/ERCA ⁶ SIN ⁵
DIALISATO	Riferimento Bibliografico
Carica batterica < 2000 UFC/mL	AAMI ³
Endotossine < 0,50 EU/mL	European Pharmacopoeia ⁴ Farmacopea Ufficiale Italiana ¹⁰
DIALISATO STANDARD	Riferimento Bibliografico
Carica batterica < 200 UFC/mL < 100 UFC/mL	AAMI ⁹ EDTNA/ERCA ⁶ SIN ⁵
Endotossine < 0,25 EU/mL	EDTNA/ERCA ⁶ SIN ⁵
DIALISATO ULTRAPURO	Riferimento Bibliografico
Carica batterica < 0.1 UFC/mL	AAMI ⁹ EDTNA/ERCA ⁶ SIN ⁵
Endotossine < 0.03 EU/mL	AAMI ⁹ EDTNA/ERCA ⁶ SIN ⁵

Dialisato

Complessivamente, dal gennaio 1992 al dicembre 2006, sono stati analizzati 4.019 campioni prelevati dai monitor di dialisi, con una proporzione di campioni non conformi, relativamente alla carica batterica, pari all' 8,56% (N = 344).

L'andamento della non conformità ha evidenziato un trend in ascesa tra il 1992 ed il 1998 ($p < 0,01$) per poi ridursi negli anni successivi ($p < 0,001$).

La contaminazione media è, comunque, risultata ampiamente al di sotto dei limiti considerati, essendo pari ad un massimo di 179,30 UFC/ml nel 1997 e ad un minimo di 0,67 UFC/ml nel 2001. Il periodo 1992-2000 è risultato caratterizzato dalla più alta carica batterica media (108,11 UFC/ml). Anche in questo caso, l'attivazione del nuovo impianto di trattamento dell'acqua ha portato ad una riduzione significativa della carica batterica media (media=9,32 UFC/ml; $p < 0,05$).

La ricerca delle endotossine batteriche ha evidenziato 12 campioni di dialisato non idonei su 1.342 prelievi (0,89%), nonostante il riscontro, negli stessi campioni, di una carica batterica inferiore ai limiti considerati.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L'esperienza illustrata ci consente di formulare alcune considerazioni: il ridotto numero di campioni risultati positivi in oltre un decennio di sorveglianza testimonia l'efficace gestione igienico-sanitaria degli impianti grazie alla sensibilizzazione ed adesione ai protocolli di tutto il personale coinvolto. Simili risultati sono in linea con quelli riportati in analoghi lavori.^{11,12} L'introduzione della tecnica del LAL-test ci ha consentito una più sensibile ed efficace valutazione della contaminazione batterica, dimostrata dalla mancata conformità del campione

prelevato in casi altrimenti accettabili sulla base della sola determinazione della carica microbica. La riduzione della carica batterica media dell'acqua di dialisi in seguito all'attivazione del nuovo impianto di trattamento in acciaio inox nel 2001 e all'introduzione dei monitor tecnologicamente più avanzati ha confermato l'importanza della tecnologia nella sicurezza dei pazienti in dialisi. Dati analoghi sono riportati da *Arvanitidou e coll.*¹³ che hanno evidenziato come la vetustà dei centri dialisi e dei sistemi di depurazione rappresentino i fattori correlati con la contaminazione microbiologica dell'acqua trattata e del dialisato, segnalando una mancanza di conformità con i limiti AAMI rispettivamente nel 7,4% e nel 36,3% dei centri sottoposti a sorveglianza.

E' da notare, tuttavia, che queste esperienze si riferiscono a campioni analizzati con metodiche diverse; è pertanto necessaria una standardizzazione delle tecniche microbiologiche evocata da diversi Autori.^{12,14}

A testimonianza di queste variabilità è possibile anche riportare come la carica batterica media rilevata nel 2006, rispetto agli anni precedenti sia stata significativamente superiore, confortandoci nella scelta di una metodica di valutazione più sensibile. Il monitoraggio dei liquidi dialitici costituisce non solo un momento generico di sorveglianza periodica con l'indicazione della necessità della disinfezione degli apparecchi e degli impianti, ma una sorveglianza dell'efficacia stessa di quegli interventi di mantenimento periodico del sistema e della loro conformità rispetto ai protocolli.¹⁵

Il problema della contaminazione batterica di un impianto di emodialisi è, quindi, un problema reale, di notevole importanza nell'ambito della problematica di tutela della salute dei pazienti e, pertanto, solo il rispetto delle norme progettuali, di controllo e disinfezione degli impianti e delle procedure assistenziali consentono di prevenire efficacemente i rischi infettivi legati alla dialisi.

BIBLIOGRAFIA

1. Società Italiana di Nefrologia. Registro Italiano Dialisi e Trapianti. 2005
2. Cappelli G, Perrone S, Ciuffreda A. Water quality for on-line haemodiafiltration. *Nephrol Dial Transplant* 1998; 13:12-6
3. Association for the Advancement of Medical Instrumentation. Hemodialysis Systems, ANSI/AAMI RD5-1981. Arlington, VA. Association for the Advancement of Medical Instrumentation; 1982.
4. European Pharmacopoeia Commission. European Pharmacopoeia, 4th ed. Monograph 2005:1167, Haemodialysis Solution, Concentrated, Water for Diluting. Strasbourg: European Pharmacopoeia Commission; 2002.
5. Alloatti S, Bolasco P, Canadese C, et al. Linee guida su acque e soluzioni per dialisi. Società Italiana di Nefrologia. *G Ital Nefrol* 2005; 22: 246-73

6. EDTNA/ERCA, Guidelines section 3 (technical) Quality assurance for dialysis-quality water and dialysis fluid. EDTNA/ERCA, Guidelines 3.1 september 2001

7. Pontoriero G, Pozzoni P, Andrulli S, Locatelli F. The quality of dialysis water. *Nephrol Dial Transplant* 2003;18 Suppl 7:vii21-5

8. Bonfant G., Belfanti P., Cappelli G., Alloatti S. Indagine SIN sui controlli delle acque di dialisi in Italia. *G Ital Nefrol* 2005;22: 241-5

9. Association for the Advancement of Medical Instrumentation. Standard and Recommended Practices. AAMI/RD52:2004. Dialysate for Hemodialysis. Arlington, VA, U.S.A.: Association for the Advancement of Medical Instrumentation; 2004.

10. Farmacopea Ufficiale della Repubblica Italiana XI ed. Ministero della Sanità, Commissione permanente per la revisione e la pubblicazione della Farmacopea Ufficiale. Acqua per diluizione delle soluzioni concentrate per emodialisi. Monografia 1167. Roma, Istituto Poligrafico Zecca dello Stato, 2002

11. De Filippis P, Spitaleri G, Damiani F, Panà A. La qualità microbiologica delle acque utilizzate in emodialisi in vari ospedali e case di cura del Lazio sulla base di controlli effettuati nell'arco di cinque anni. *Ig Sanità Pubbl* 2007;63:21-9

12. Vorbeck-Meister I, Sommer R, Vorbeck F, Hörnl WH. Quality of water used for haemodialysis: bacteriological and chemical parameters. *Nephrol Dial Transplant* 1999;14: 666-75

13. Arvanitidou M, Spaia S, Katsinas C, et al. Microbiological quality of water and dialysate in all haemodialysis centres of Greece. *Nephrol Dial Transplant* 1998; 13:949-54

14. Perez-Garcia R, Rodriguez-Benitez POC. Why And How To Monitor Bacterial Contamination Of Dialysate? *Nephrol Dial Transplant* 2000; 15:760-4

15. Cappelli G, Riccardi M, Perrone S, Bondi M, Ligabue G, Albertazzi A. Water treatment and monitor disinfection. *Hemodial Int* 2006; 10:S13-8

dal 1953



infissi

+ Porte Ospedaliere

Porta ermetica in laminato



Ingresso sale operatorie

Porta ermetica in acciaio inox



Ingresso laboratorio di ricerca

Porta ermetica in acciaio inox



Ingresso sala terapia intensiva

Bagnara - Ra ☎ 0545 76009

www.ponzi-in.it

Milano ☎ 02 8394231

Roma ☎ 06 88566005

Pescara ☎ 085 4483020

Modelli organizzativi delle unità operative di neonatologia e pediatria: risultati di un'indagine

Riassunto

Gli Autori presentano una rilevazione mediante questionario della situazione del modello organizzativo e delle risorse umane delle strutture ospedaliere pediatriche in Italia. La caratteristica saliente delle strutture analizzate è che sono prive di un servizio di guardia medica attiva nelle 24 ore. Gli Autori analizzano la situazione rilevata dal questionario.

Summary

The Authors with a specific study point out the situation of organisation and human resources in pediatric units in Italy: (117 units). The hospital pediatric units of the study are without the presence of doctors in the night.

Claudio Buriani*, **Antonio Mazza****

*Direzione di distretto Azienda provinciale per i servizi sanitari, Trento

**U.O. pediatria Azienda provinciale per i servizi sanitari, Trento

INTRODUZIONE

Il modello organizzativo delle unità operative di pediatria e neonatologia in Italia si presenta in forma quanto mai articolata in rapporto alla dimensione, al bacino di utenza servito, alla posizione geografica degli ospedali, ai compiti ad essi affidati nell'ambito della gerarchia della rete ospedaliera. La gerarchia degli ospedali era indicata in maniera puntuale nella legislazione ospedaliera di cui alla legge 132/1968, ove erano indicati tre livelli per gli ospedali generali:

- primo livello: ospedale generale di zona;
- secondo livello: ospedale generale provinciale;
- terzo livello: ospedale generale regionale (spesso si trattava di ospedali universitari, sia policlinici che clinicizzati).

Erano inoltre previsti nella rete ospedaliera nazionale anche ospedali specializzati e tra questi gli ospedali pediatri-

ci e gli ospedali ostetrico-ginecologici (4). Questa organizzazione della rete ospedaliera è stata successivamente superata nei riferimenti legislativi a seguito della Riforma Sanitaria del 1978 (L.833/1978).

La presenza delle funzioni ospedaliere di ostetricia e pediatria era prevista in ognuno dei tre livelli della rete ospedaliera, in quanto ritenuti livelli assistenziali di base insieme alla medicina ed alla chirurgia (artt. 21,22,23, L. 132/1968). Attualmente è superato nella forma il modello organizzativo a tre livelli previsto dalla legislazione ospedaliera del 1968: tale articolazione è di fatto assente sia nel Piano sanitario nazionale 2003/2005, sia nel progetto obiettivo materno-infantile allegato al Piano sanitario nazionale 1998-2000. Non vi sono particolari riferimenti sulla organizzazione dei reparti pediatrici e neonatologici neppure nel decreto riferito ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi (D.P.R. 14 gennaio 1997). La realizzazione delle

aziende sanitarie ed ospedaliere ha di fatto cambiato lo scenario ospedaliero: le aziende ospedaliere si pongono di fatto come ospedali multizonali di riferimento, a seguito della trasformazione in aziende ospedaliere degli ospedali regionali (a maggiore complessità assistenziale), con il compito di fronteggiare le emergenze, le patologie acute più impegnative, le malattie rare. Anche nell'area pediatrica e nella collegata area ostetrica, nell'ottica del principio che l'ospedale deve garantire completa sicurezza clinico-assistenziale al paziente ed al genitore che lo accompagna, si richiedono agli ospedali dotazioni strutturali ad alto livello e ad alto costo: servizi di guardia medica di ostetricia e pediatria (in alcune realtà anche di neonatologia) operativi nelle 24 ore, servizi diagnostici adeguati e prontamente usufruibili, anestesisti-rianimatori presenti al bisogno. Peraltro va segnalato che tra i requisiti minimi necessari per l'accreditamento delle strutture ostetriche è prevista per legge la presenza in servizio attivo nelle 24 ore del medico ostetrico-ginecologo. Alcuni fatti salienti debbono essere comunque individuati e puntualizzati (8):

- la presenza di un elevato tasso di inappropriata nei ricoveri di pazienti in età pediatrica;
- la riduzione delle nascite e la conseguente ridotta necessità di cure pediatriche;
- il ruolo svolto dai pediatri di libera scelta operanti sul territorio.

E' di fronte a questo quadro della organizzazione ospedaliera che si pone il problema degli ospedali di piccole dimensioni, riferibili in linea di massima alle strutture ospedaliere denominate

**PAROLE CHIAVE:**

Organizzazione, pediatria, programmazione sanitaria, requisiti.

KEY WORDS:

Organisation, pediatrics, healthplanning, structures.

"ospedali generali di zona" in base alla legge ospedaliera Mariotti del 1968, con ridotto bacino di utenza, ove sono presenti di norma unità operative di pediatria che definiamo di primo livello, intendendo per primo livello strutture pediatriche prive di un servizio di guardia medica attiva nelle 24 ore.

Lo studio realizzato è riferito ad un gruppo di strutture pediatriche bene identificato e connotato dal punto di vista assistenziale, caratterizzato da elementi organizzativi che si è inteso analizzare. Di queste strutture si ritiene opportuno in particolare valutare le caratteristiche organizzative in termini di efficienza ed operatività, nonché in rapporto ai riferimenti legislativi.

RISULTATI DELL'INDAGINE

L'indagine sulle caratteristiche organizzative delle unità operative pediatriche di primo livello (cioè prive del servizio di guardia medica attiva nelle 24 ore) è stata promossa dalla U.O. Pediatria dell'Ospedale di Cles, ospedale di distretto della Azienda sanitaria della Provincia autonoma di Trento, ed ha ottenuto il patrocinio della Società Italiana di Pediatria. Attraverso un questionario sono stati acquisiti dati relativi ai seguenti elementi:

- la dotazione di personale medico ed infermieristico;
- la organizzazione del lavoro;
- la attività di pronto soccorso,;
- la collocazione e le caratteristiche territoriali;
- il carico di lavoro;
- i rapporti con la pediatria territoriale e con i centri pediatrici degli ospedali di riferimento.

L'indagine si è svolta in due tempi, con due diverse modalità di raccolta dati: agosto-settembre 2002, marzo-aprile 2003.

Hanno aderito in totale all'indagine n. 117 unità operative prive di guardia medica attiva nelle 24 ore, distribuite sul territorio nazionale in maniera omogenea (tab.1).

La partecipazione riguarda in pratica tutte le regioni ed il campione studiato risulta ben distribuito sulle tre macroaree nazionali, cioè nord, sud e centro (tab. 2).

La tipologia organizzativa riscontrata (tab.3) evidenzia che la percentuale maggiore delle strutture pediatriche è organizzata come unità operativa autonoma, affiancata al punto nascita (69 strutture autonome, pari al 58,9% del totale del campione studiato). Una rilevante parte delle strutture è invece organizzata come servizio aggregato alla u.o ostetricia-ginecologia (44 unità, pari al 37,7% del campione).

Il carico medio di lavoro. Il carico medio di lavoro assistenziale per unità operativa pediatrica di primo livello che emerge dal questionario evidenzia i seguenti dati riferiti agli indicatori di attività suindicati (tab. 4):

- nati/anno (media per struttura) n. 502
- ricoveri/anno (media per struttura) n. 700
- accessi pronto soccorso/anno (media per struttura) n. 1.674.

Come impegno di lavoro non è stato rilevato il dato riferito alla attività ambulatoriale, quale ulteriore indicatore necessario per inquadrare l'impegno assistenziale medio delle unità operative studiate.

Occorre peraltro evidenziare che la area di assistenza neonatologica, intesa come supporto alle unità operative di ostetricia e ginecologia per la gestione del neonato subito dopo il parto, è praticamente presente in tutte le strutture studiate, mentre solo una parte di esse dispone di una area di ricovero pediatrico (75 su un totale di 117). A fronte del carico di lavoro medio evidenziato per le strutture studiate la tabella n.5 evidenzia la dotazione di personale medico e di altra qualifica di cui dispongono mediamente le strutture studiate.

Tab. 1. Distribuzione per regione delle U.O. Pediatria di primo livello (cioè senza guardia pediatrica 24 ore / 24) che hanno aderito all'indagine.

REGIONE	strutture
Abruzzo	6
Basilicata	4
Calabria	7
Campania	7
Emilia Romagna	10
Friuli Venezia Giulia	2
Lazio	3
Liguria	0
Lombardia	14
Marche	6
Piemonte	5
Puglia	8
Sardegna	3
Sicilia	19
Toscana	4
Trentino Alto Adige	10
Umbria	1
Veneto	8
Totale	117

Tab. 2. Articolazione delle strutture pediatriche per macroaree sul territorio nazionale.

macroaree	strutture
Nord	49
Centro	23
Sud	45
Totale	117

Tab. 3. Tipologia organizzativa delle strutture pediatriche prive di guardia attiva nelle 24 ore che hanno aderito alla indagine.

TIPOLOGIA ORGANIZZATIVA	strutture	%
Pediatria autonoma con punto nascita	69	58.9
Presenza di neonatologia e pediatria autonome	4	3.4
Servizio aggregato a U.O. ostetricia-ginecologia	44	37.7
totale	117	100

OSSERVAZIONI

La dotazione di personale.

La tabella n.5 evidenzia i seguenti elementi organizzativi:

- la percentuale di unità operative di pediatria dotate di direttore (primario) è del 70% del totale (85 su 117 strutture), la restante parte afferisce di norma quale struttura semplice ad unità operative di ostetricia-ginecologia. Strutture pediatriche non autonome sono presenti in ogni ambito regionale (solo la Sardegna presenta le proprie tre strutture pediatriche tutte prive di direzione autonoma);
- la dotazione media di personale medico è di 3,2 unità mediche/struttura, passando da un minimo di 2,1 unità delle Marche (sempre sui livelli più bassi abbiamo il Trentino Alto-Adige e la Sardegna) ai massimi dell'Umbria con n.5 unità mediche per struttura;
- la percentuale di capo sala specificamente dedicate alle strutture di pediatria è esattamente corrispondente a quella dei primari (70%);
- la media della dotazione di personale infermieristico per struttura (comprensivo degli infermieri professionali e degli infermieri generici) è di n.10,6 unità (di cui

7,02 infermieri professionali e 3,4 infermieri generici);

e. la dotazione media di personale di supporto (ausiliari) è di 1,8 unità/struttura;

f. il numero delle strutture che dispone di equipaggi infermieristici integrate con altre funzioni ospedaliere (di norma le unità operative di ostetricia-ginecologia) è di 43 su 117 (pari al 37%).

La analisi dei dati rilevati evidenzia una dotazione media di n. 3,2 unità mediche con qualifica di dirigente medico, cui si aggiunge in una ampia percentuale la presenza del primario (70%). In alcune strutture la dotazione dei medici della équipe è tale da non garantire, in quanto al di sotto delle tre unità mediche di personale medico secondario, il rispetto della normativa contrattuale che prevede un massimo di n.10 reperibilità/mese/sanitario. Anche la dotazione infermieristica media è appena sulla soglia di dimensionamento necessaria (n.10,6 unità) per consentire la presenza di n.2 unità infermieristiche nelle 24 ore (la dotazione di personale infermieristico deve garantire in media una gestione di 700 ricoveri/anno, cioè una presenza media di 8/10 ricoverati, se utilizziamo una media di degenza di 4/5 giorni per ricoverato).

L'apporto di personale di supporto (ausiliari) in base alla presenza media per struttura sembra più orientato ad una presenza operativa diurna che non all'inserimento nella turnistica a fianco degli infermieri.

Organizzazione degli ospedali.

Per quanto concerne la presenza del medico anestesista-rianimatore all'interno delle strutture ospedaliere (1,2,3), in considerazione del ruolo che tale figura ricopre nell'ambito della attività collegata al parto, la organizzazione degli ospedali evidenzia come oltre la metà delle strutture ospedaliere censite disponga di un servizio di guardia di anestesia-rianimazione attiva nelle 24 ore, mentre nella restante percentuale la presenza del medico rianimatore è garantita solo nella fascia oraria diurna (tab. 6).

E' intuitivo che la presenza del medico rianimatore nella fascia oraria notturna può consentire la copertura della attività ostetrica notturna sia per la effettuazione di cesarei di urgenza, sia per la cura immediata del neonato alla nascita, in attesa del medico pediatra reperibile.

La tab.7 evidenzia la distanza in chilometri delle strutture pediatriche studiate dagli ospedali di riferimento e la percentuale di nati per ogni fascia di distanza individuata. Le strutture pediatriche con distanza superiore ai km. 60 dall'ospedale di riferimento sono n. 32 su un totale di n.117, corrispondenti ad un numero di nati pari a n. 12.065 (22% dei nati del campione di strutture studiate). La tab. 8 evidenzia la situazione

Tab. 4. Tabella riassuntiva di n. 3 indicatori (nati/anno, ricoverati/anno, accessi pronto soccorso/anno) nelle unità operative pediatriche studiate.

	AREA NEONATOLOGICA		AREA PEDIATRICA		PRONTO SOCCORSO		
	NATI		RICOVERI		ACCESSI		
	Totale	Media	Totale	Media	Totale	Media	
strutture	117	56.238	502	52545	700	135613	1674

Tab. 5. Dotazione medica ed infermieristica delle U.O. Pediatria di primo livello aderenti all'indagine e numero di equipes infermieristiche integrate tra pediatria ed ostetricia.

REGIONE	U.O.	PRIMARI		DIRIGENTI MEDICI		CAPO SALA		INFERMIERI PROFESSIONALI		INFERMIERI GENERICI		PERSOLANE AUSILIARIO		EQUIPES INTEGRATE	
		Tot	%	Tot	Media	Tot	%	Tot	Media	Tot	Media	Tot	Media	Tot	%
Abruzzo	6	5	80	27	4.5	6	100	49	9.8	28	5.6	13	2.6	0	0
Basilicata	4	3	70	11	2.7	3	70	16	4	21	5.2	9	2.2	0	0
Calabria	7	5	70	28	4	4	50	26	3.7	28	4	12	1.7	2	29
Campania	7	5	70	16	2.2	2	70	40	5.7	30	4.2	18	2.5	3	43
Emilia R.	10	7	70	31	3.1	8	80	72	7.2	21	2.1	17	1.7	6	60
Friuli	2	2	100	8	4	2	100	20	10	17	8.5	6	3	0	0
Lazio	3	2	60	15	5	3	100	13	4.3	9	3	7	2.3	1	33
Lombardia	14	12	80	44	3.1	11	70	70	5	46	3.2	14	1	5	36
Marche	6	4	60	13	2.1	5	80	54	9	10	1.6	11	1.8	4	66
Piemonte	5	5	100	26	5.2	5	100	25	5	21	4.2	10	2	1	20
Puglia	8	5	60	27	3.3	4	50	32	4	34	4.2	16	2	2	25
Sardegna	3	0	0	7	2.3	1	30	17	5.6	13	4.3	3	1	1	33
Sicilia	19	14	70	57	3	16	80	133	7	45	2.3	53	2.7	6	32
Toscana	4	4	100	13	3.2	4	100	46	11.5	9	2.2	4	1	3	75
Trentino A	10	6	60	20	2.3	6	60	79	7.9	47	4.7	13	1.3	7	70
Umbria	1	1	100	5	5	1	100	10	10	1	1	2	2	0	0
Veneto	8	5	60	32	4	8	100	84	10.5	16	2	13	1.6	2	25
TOTALE	117	85	70	380	3.2	89	70	786	7.02	396	3.4	221	1.8	43	37

dell'indicatore "attività di pronto soccorso pediatrico", dal quale emerge che tale attività non si presenta come rilevante in termini di carico di lavoro (la media di attività delle strutture pediatriche studiate è di 4,5 accessi nelle 24 ore). Tale dato si presenta comunque come eccessivamente grezzo per consentire la individuazione della situazione dell'emergenza nell'area pediatrica e merita un approfondimento. Particolarmente ridotto si presenta il coinvolgimento nelle attività ospedaliere dei pediatri del territorio, come emerge dalla tab.9.

CONCLUSIONI

Le strutture pediatriche (unità operative) studiate sulla base del questionario evidenziano alcuni elementi di fondo, che possono sintetizzarsi in alcune valutazioni di fondo:

1. la esistenza in Italia di un rilevante gruppo di strutture pediatriche che opera in condizioni organizzativo-assistenziali, verosimilmente a causa del dimensionamento e del ridotto ambito territoriale e di popolazione servita, non in linea con scelte organizzativo-assistenziali adeguate in una realtà ospedaliera

generale standard (intendiamo la presenza di un medico anestesista ed un medico ostetrico-ginecologo in servizio di guardia attiva insieme alla reperibilità del pediatra);

2. il dimensionamento medio della attività delle strutture pediatriche studiate (numero ricoveri/anno, nati/anno; accessi in pronto soccorso/anno) ci sembra accettabile sul piano della credibilità clinica delle equipes (accreditamento delle equipes assistenziali);
3. la dotazione media di personale medico individua una equipe di 3,9 unità (tra medici primari e me-

Tab. 6 . Dati relativi alla presenza del personale medico anestesista in ospedale, con particolare riferimento alla assistenza al neonato nelle emergenze in sala parto.

PRESENZA ANESTESISTA	strutture	%	nati	media	% nati
Guardia nelle 24 ore	58	52	33818	583	60
Guardia diurna e reperibilità notturna	40	36	17618	440	31
Guardia diurna <12 ore reperibilità notturna	14	12	4802	343	9
Totale	112*	100	56238	502	100

* n.5 reparti pediatrici sui 117 rilevati sono privi del punto nascita.

Tab. 7. Distanza chilometrica e tempi di percorrenza tra gli ospedali di primo livello, sede delle u.o pediatriche oggetto dello studio, e gli ospedali di riferimento .

Km	U.O.	%	NATI	%	MINUTI	U.O.	%	NATI	%
0-29	42	37	24.454	43	0-29	31	28	18.029	32
30-59	38	34	19.719	35	30-59	39	35	22.249	40
60-89	18	16	7.034	13	60-89	32	29	12.484	22
90-119	10	9	3.891	7	90-119	7	6	2.996	5
120 o > 120	4	4	1.140	2	120 o >120	3	3	480	1
TOTALE	112*		56.238	100	TOTALE	112*		56.238	100

* n.5 reparti pediatrici sui 117 rilevati sono privi del punto nascita.

dici secondari), dotazione in grado di garantire la gestione della unità operativa sia mediante la presenza della equipe nella fascia oraria diurna che mediante la pronta disponibilità notturna, fatta eccezione per alcune équipes che risultano sottodimensionate rispetto alle medie riscontrate;

4. la dotazione media di personale infermieristico individua una équipe dotata di 10/11 unità infermieristiche (tra infermieri professionali ed infermieri generici), in grado di

garantire la presenza di n.2 unità infermieristiche nelle 24 ore, in linea con lo standard di ricoverati e la presenza media;

5. una elevata percentuale degli ospedali (48%) nella fascia oraria notturna è sprovvista dell'anestesista-rianimatore in servizio attivo, con potenziali conseguenze negative nel caso di parto notturno (eventualità di taglio cesareo e primo intervento sul nascituro).

A fronte di una situazione organizzativa così variegata, è necessario sotto-

lineare come sia in fase di attivazione l'accreditamento delle strutture sanitarie e come esso preveda per l'area ostetrica la presenza in servizio attivo del medico ginecologo nei "punti nascita" degli ospedali: tale indicazione organizzativa dovrà portare in futuro ad un processo di razionalizzazione delle strutture ospedaliere che inevitabilmente vedrebbe coinvolti i reparti pediatrici.

A nostro parere le caratteristiche operative di un ospedale di base (hospital de proximité in Francia, ospedale di primo livello o ospedale di distretto in base alle varie definizioni usate nei vari ambiti regionali) deve prevedere un dimensionamento minimo riferito alle attività pediatriche che non si discosta dalla media individuata nel corso dell'indagine:

- nati/anno n.500
- ricoveri/anno n.700
- accessi pronto soccorso/anno n. 1.500/2000

Il bacino di utenza sarà rapportato allo standard di attività suindicato, orientativamente da ritenersi non inferiore ai 50/60.000 abitanti.

La dotazione di personale medico per garantire lo standard di attività assistenziale evidenziato è di n.3/4 medici.

La presenza media di ricoverati nella unità di degenza con n.700 ricoveri/anno è dell'ordine dei n.7 pazienti (considerando una degenza media/paziente di 3,5 giorni di ricovero): su questa base strutture di degenza pe-

Tab. 8. Attività pediatrica di pronto soccorso (accessi) nelle strutture pediatriche studiate, suddivise per regione geografica.

	strutture	Accessi/anno	Media	Range	Media/die
Abruzzo	6	6106	1525	370-2500	4,2
Basilicata	4	1652	413	150-802	1,1
Calabria	6	8340	1668	180-5360	4,5
Campania	2	5040	2520		6,9
Emilia R.	10	8738	970	50-2500	2,6
Friuli V G	2	6250	3125		8,5
Lazio	1	1400	1400		3,8
Lombardia	8	14674	1834	330-4000	5
Marche	4	7129	1782	101-6500	4,8
Piemonte	5	7201	1440	853-2200	3,9
Puglia	6	9718	1619	30-4668	4,4
Sardegna	3	3830	1915		5,2
Sicilia	14	26124	2009	392-11000	5,5
Toscana	3	2445	1222		3,3
Trentino A	8	11443	1634	200-3500	4,4
Umbria	1	660	660		1,8
Veneto	6	14863	2477	1736-3200	6,7
Totale	89	135.613	1674		4,5

Tab. 9. Coinvolgimento in attività ospedaliere dei pediatri del territorio.

	N°	%
VISITE AI NEONATI PRESSO IL NIDO DELL'OSPEDALE	7	5
CONDIVISIONE DEI PROCESSI DI CURA DEI LORO ASSISTITI UTILIZZANDO LA RISORSA DEL RICOVERO BREVE	27	23
COINVOLGIMENTO IN GUARDIE DI PRONTO SOCCORSO PRESSO L'OSPEDALE AD INTEGRAZIONE DELLA EQUIPE OSPEDALIERA	4	3

diatrice autonome possono risultare eccessivamente onerose in termini di costi di gestione e sarebbe vantaggioso inserire le stesse nell'area materno-infantile al fine di consentire possibili risparmi di personale. Potrebbe essere funzionale in tali casi prevedere l'accorpamento della degenza pediatrica con il nido, nonché prevedere la vicinanza dell'area di degenza ostetrica. La soluzione edilizia più funzionale vede la collocazione del nido a cavallo tra degenza ostetrica e degenza pediatrica.

Per quanto concerne la presenza di una adeguata organizzazione dell'ospedale, in grado di fronteggiare in termini di sicurezza le problematiche assistenziali collegate alla attività pediatrica (di cui rilevante peso ha la assistenza al parto) e tenuto conto della legislazione relativa all'accreditamento, riteniamo che siano da prevedersi la guardia attiva del ginecologo e dell'anestesista, oltre alla pronta disponibilità del pediatra (la presenza dell'anestesista non può ovviamente essere disgiunta dalla visione complessiva della organizzazione dell'emergenza dell'ospedale). In tal modo abbiamo configurato la dimensione organizzativa minima dell'ospedale di base in linea con le risultanze dei dati in nostro possesso e di requisiti organizzativo - assistenziali in termini di sicurezza ed efficienza.

Nel caso delle problematiche cliniche collegate alla urgenza/emergenza, definita la dimensione strutturale - organizzativa minima dell'ospedale di base, riteniamo importante un sistema di trasporto infermi che sia in

grado di fronteggiare in prima battuta il problema clinico pediatrico in collegamento con la centrale operativa di riferimento (5,6,7).

A livello internazionale gli esperti ritengono che il primo intervento (ambulanza o elicottero) debba realizzarsi nelle aree urbane entro 8 minuti e nelle aree extraurbane entro 20 minuti e che l'accesso all'ospedale di base debba realizzarsi nelle aree urbane entro 30 minuti e nelle aree extraurbane entro 50 minuti.

E' comprensibile che per le grandi distanze aumenta il rischio della popolazione pediatrica: è da valutare in maniera integrata con la rete ospedaliera la presenza di unità mobili (ambulanze) con personale infermieristico addestrato per il trasporto all'ospedale di riferimento quale soluzione efficace ed efficiente per garantire il servizio.

La ipotesi di utilizzo in ospedale di pediatri territoriali potrebbe rappresentare una soluzione accettabile sul piano pratico per fronteggiare eventuali carenze di personale medico nelle équipes mediche di piccole dimensioni, ma presenta l'inconveniente di un difficile approccio sia nella convenzione di tale categoria, sia nella scarsa propensione a tale soluzione da parte dei pediatri stessi.

In conclusione si evidenzia la difficoltà operativa degli ospedali al di sotto di adeguati livelli di attività e la necessità di un approfondimento culturale su alcuni aspetti della organizzazione assistenziale pediatrica e generale:

- l'eventuale apporto alla attività ospedaliera dei pediatri del territorio;

- il possibile ruolo delle ipotizzate unità territoriali di assistenza primaria e della "casa della salute";
- la scomparsa della organizzazione della rete ospedaliera su tre livelli e la necessità di definire il ruolo e di requisiti degli ospedali minori;
- lo standard di attività clinica minimo per un reparto di pediatria.

BIBLIOGRAFIA.

1. *An observation unit in a pediatric emergency department: One children's Hospital's experience. J. emerg. nurs. 2002 oct; 28(5): 407/413.*

2. *A short stay observation unit improves care in in the paediatric emergency care setting. Eur.J.Emerg.med. 2000 Dec.; 7 (4): 259/260.*

3. *Our new rapid treatment unit: an innovative adaptation of the „less than 24 hours stay“ holding unit. J. emerg. nurs. 2000 oct. 26(5): 507-513.*

4. *Bevilacqua G. et alii. Alto rischio perinatale. Tipografie riunite Donati. Parma. 1971.*

5. *Congresso nazionale su pronto soccorso pediatrico ed emergenza (settembre 2003, Numana). Contributo n.6. Rilevazione statistica dei pronto soccorsi pediatrici (G.Messi et alii).*

6. *Perletti L. et alii, La realtà pediatrica ospedaliera agli inizi degli anni 90. Riv. Ital. pediatr. 1991; 17: 712/717.*

7. *Giovannini G. et alii. Il pronto soccorso pediatrico in Italia (censimento 1996). Riv ital pediatr. 1998; 24 (suppl.4):129.*

8. *Ministero della salute. La ospedalizzazione pediatrica in Italia. Roma, dicembre 2003.*

Ospedale territorio: rapporti tra medicina di base e medicina specialistica ospedaliera

Riassunto

L'attuazione di percorsi assistenziali condivisi fra medici di Medicina Generale e Specialisti ospedalieri nei confronti delle principali malattie croniche rappresenta l'unica strategia che può consentire una razionalizzazione della spesa sanitaria con riduzione delle liste d'attesa ed una riduzione dei ricoveri ospedalieri.

Summary

The realization of clinical pathways towards of main chronic disease shared between Hospital Practitioner and General Practitioner can allow the reduction of waiting list for specialized health service and the reduction of the admission in the Hospital with the rationalization of the cost of Public Health Service.

Irene Pandiani

Direzione Presidio Ospedaliero SS. Annunziata ASL TA Taranto

INTRODUZIONE

La vera emergenza sanitaria è rappresentata oggi dalle malattie cronico degenerative, la mancata attivazione di percorsi assistenziali condivisi tra medici Specialisti Ospedalieri e medici di Medicina Generale non può che comportare attraverso una ripetizione delle prestazioni una lievitazione della spesa sanitaria.

La condivisione delle cure consente di razionalizzare i percorsi clinico-assistenziali creando un vantaggio per il cittadino e per gli operatori della Sanità

PREMESSA

La continua necessità di contenere i costi in Sanità ha imposto a partire dagli anni ottanta la razionalizzazione delle prestazioni sanitarie attraverso l'introduzione

di misure restrittive dell'offerta (tetti di spesa, blocco delle assunzioni, ticket, note AIFA, riduzione del numero dei posti letto ed aumento dei pl di Day Hospital e Day Surgical). Tutto ciò ha creato sfiducia nei confronti del S.S.N. da parte del cittadino che ha continuato a rivolgersi comunque sempre alle strutture ospedaliere come unico serbatoio di risorse tecnologiche. Gli ambiti della medicina specialistica ospedaliera sono stati dotati di sempre più potenti strumenti diagnostico-terapeutici.

Tutto ciò ha influito pesantemente sull'aumento della spesa sanitaria. Ai medici di famiglia non viene a tutt'oggi riconosciuta alcuna autonomia tecnico-scientifica.

Questi medici sono considerati effettori finali, subalterni ai processi diagnostico-terapeutici del secondo e terzo livello delle cure specialistiche, viene loro attribuito

solo il ruolo di custodi della spesa e di filtro economico. Tutto ciò si traduce in una frammentazione del percorso assistenziale che non gratifica il cittadino e tanto meno gli operatori.

L'applicazione del Regolamento 17 emanato dalla Regione Puglia nel 2003 che di fatto limita ai soli medici di Medicina Generale la prescrizione dei farmaci su ricettario del S.S.N. non ha fatto che inasprire il conflitto fra questi ultimi a cui compete il ruolo di contenere la spesa sui farmaci, ed i medici Specialisti Ospedalieri che vedono così limitare il loro ambito di intervento.

OBIETTIVI

È necessario ristabilire la centralità del medico di famiglia nel SSN a tutela della salute del cittadino. Le cure ospedaliere rappresentano oggi solo un tassello del percorso assistenziale, sempre più breve in termini temporali, che il cittadino compie in ambito assistenziale.

Da ciò scaturisce che la relazione tra medico di famiglia e medico specialista ospedaliero deve trovare un terreno comune di indirizzo e di incontro soprattutto per le malattie sociali più diffuse (diabete, BPCO, scompenso cardiaco). Per raggiungere questo obiettivo saranno necessari investimenti economici significativi e concreti soprattutto in termini di formazione e di qualificazione per i medici di Medicina Generale.

Per questo si dovrebbe giungere al superamento di una assistenza basata sullo studio individuale del

**PAROLE CHIAVE:**

Continuità, centralità, percorsi assistenziali

KEY WORDS:*Continuity, centrality, clinical pathways*

medico di famiglia in favore di forme associative e di integrazione professionale che possano rispondere meglio ai bisogni di salute dei cittadini. Si parla da tempo di UTAP (Unità Territoriali di Assistenza Primaria).

Si tratta di un vero e proprio poliambulatorio all'interno del quale prestano la loro opera da 7 a 10 M.M.G. affiancati da due pediatri di libera scelta, e da due o più medici di continuità assistenziale.

Potrebbe utilmente essere inserito all'interno di questo sistema il nursing infermieristico.

Tale figura professionale rappresenta una collaborazione preziosa ed importante per il medico di famiglia.

Il Ministro della Salute ha in programma l'istituzione di una Commissione per le Cure Primarie e l'integrazione socio-sanitaria in quanto è pressante la necessità di assicurare al cittadino la continuità dell'assistenza.

È importante prevedere la ricezione del punto di vista del cittadino sulle scelte da compiere in Sanità per migliorare la qualità del Sistema Sanitario.

Dovrebbero competere, in una diversa organizzazione aziendale, al medico di famiglia le attività di prevenzione diagnosi e terapia e di counselling per tutte quelle patologie che non necessitano di ricovero ospedaliero unitamente alle altre professioni sanitarie presenti sul territorio.

E' necessario stabilire chi deve fare e che cosa per evitare che si creino conflitti e competizioni. La

realizzazione di un tavolo comune fra M.M.G. e medici Specialisti Ospedalieri e del territorio per la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici nei confronti delle principali malattie croniche appare oggi una priorità.

La definizione di tali percorsi dovrà comportare come conseguenza un minor ricorso alle prestazioni specialistiche ospedaliere intese come accessi al Pronto Soccorso e come prestazioni rese in regime di ricovero e non.

E per una Regione come la Puglia una riduzione della mobilità passiva che così pesantemente incide sull'economia sanitaria della Regione.

È compito delle Direzioni Aziendali territoriali la realizzazione, con i mezzi che la tecnologia mette a disposizione, di una rete informatica tra M.M.G. e M.S.O. che permetta loro di comunicare e di scambiare reciproche informazioni sulla salute del cittadino, vero protagonista dell'intero processo. Il regista del processo assistenziale deve divenire il MMG.

Il programma della continuità assistenziale deve divenire una scelta strategica della Direzione Aziendale che deve rivedere l'intera organizzazione delle varie strutture e riportare tali scelte nell'Atto Aziendale.

Dovranno essere effettuate delle verifiche sull'applicazione dei protocolli diagnostico-terapeutici e di continuità assistenziale che dovranno essere periodicamente rivisti.

CONCLUSIONI

Per la Direzione Aziendale l'indicatore di risultato più importante per la verifica sull'intero processo è rappresentato dalla riduzione della domanda sanitaria e dalla contestuale rilevabile soddisfazione del cittadino al quale viene assicurato un percorso protetto nei vari momenti nei quali si dovrà articolare l'erogazione delle prestazioni sia a livello ospedaliero che extra-ospedaliero. La selezione della domanda viene attuata sulla base dell'appropriatezza delle prestazioni effettuate. Si verrà così a rompere l'isolamento dei M.M.G. rispetto agli obiettivi Aziendali allargando il campo delle responsabilità di questi ultimi anche alla diagnosi ed al trattamento di condizioni morbose impropriamente attribuite esclusivamente agli ospedali. Per i medici specialisti ospedalieri si offrirà l'opportunità di dare prestazioni appropriate ed efficaci rispondenti ai nuovi bisogni di salute.

Il cittadino dovrà aderire al percorso assistenziale in maniera consapevole.

BIBLIOGRAFIA

1. A. Pagni, M. Falconi "La valorizzazione del Medico di famiglia nella Sanità di oggi";
2. Professione n°2, 2007.
3. M. Brogi "I percorsi assistenziali"; L'Ospedale n°4/2005
4. L. Nadalini, M. Rossi, S. Tardivo. "La comunicazione fra servizi per la continuità assistenziale ospedale-territorio." esse editrice 2006
5. P. Mosconi, C. Colombo: "Come, dove, quando vengono coinvolti i cittadini in Sanità". Professione n°5/2007



“ Un contributo
per una sanità
trasparente,
efficace
e moderna ”



Progetta & Coorganizza

senaf
Società a partecipazione paritetica

Strada
Nazionale Industriale

Via di Corticella, 181/2
40138 Bologna (BO)
Tel. +39 051 238811
Fax +39 051 238811
info@senaf.it
www.senaf.it



-  **ASSEMBLEA**
Società a partecipazione paritetica
-  **MANAGERIALE SENAF**
Società a partecipazione paritetica
-  **PROF.**
Società a partecipazione paritetica
-  **SALUTE ANZIANI**
Società a partecipazione paritetica
-  **NOBIS**
Società a partecipazione paritetica
-  **IT**
Società a partecipazione paritetica
-  **SALUTE ANZIANI**
Società a partecipazione paritetica
-  **REACTOR SENAF**
Società a partecipazione paritetica
-  **AREA D'INTERESSI**
Società a partecipazione paritetica

EXPOSANITA'

16^a Mostra Internazionale al servizio della sanità e della salute

Prodotti, tecnologie, servizi, consegne, seminari, corsi di formazione,
iniziative speciali dedicati agli operatori della sanità e dell'assistenza

Bologna Quartiere Fieristico
28 • 31 maggio **2008**

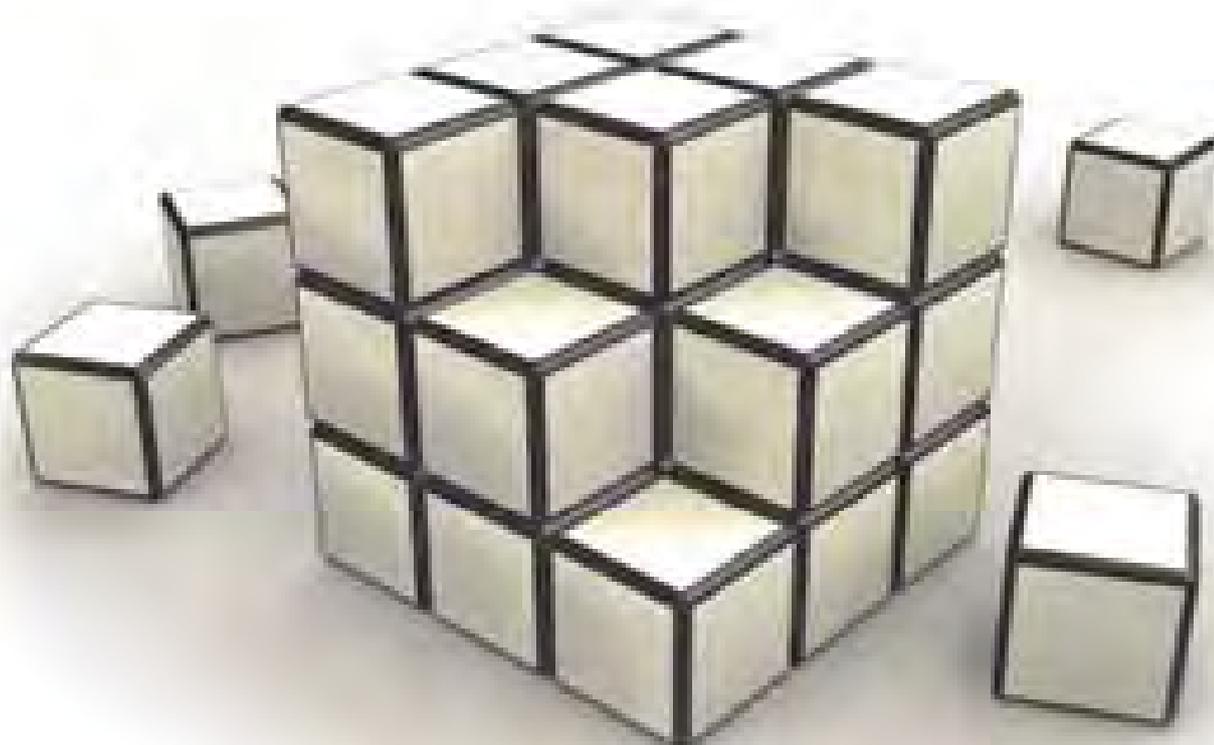
Visitati sul sito www.senaf.it/exposanita
In tua mano personalizzato con caffè o birra, per l'acquisto preferenziale in fiera
Per ulteriori informazioni: info@senaf.it • www.senaf.it

EXPOSANITÀ

28 - 31 MAGGIO 2008

BOLIGNA QUARTIERE FIERISTICO

STAND SOLIGENA PADIGLIONE 3D



PROGETTARE PER CRESCERE SVILUPPARE PER COMPETERE.

SOLIGENA È IL CONSORZIO DELLE PIÙ QUALIFICATE
E CONOSCIUTE AZIENDE ITALIANE OPERANTI
NEL SETTORE DELLA PROGETTAZIONE
DEI SISTEMI INTEGRATI DI PULIZIA
E SANIFICAZIONE IN AMBIENTI SANITARI.

ATA SERVICE SPA

ATA SERVICE S.p.A. - Via S. Maria 10 - 00187 Roma

BALFI SPA

BALFI SPA - Via S. Maria 10 - 00187 Roma

COMET SPA

COMET SPA - Via S. Maria 10 - 00187 Roma

COMET SPA

COMET SPA - Via S. Maria 10 - 00187 Roma

FRANCESCO 2000 SPA

FRANCESCO 2000 SPA - Via S. Maria 10 - 00187 Roma

PIRELLA GIANCO SPA

PIRELLA GIANCO SPA - Via S. Maria 10 - 00187 Roma

VICENT SPA

VICENT SPA - Via S. Maria 10 - 00187 Roma

VALACCI SPA

VALACCI SPA - Via S. Maria 10 - 00187 Roma

VALACCI SPA

VALACCI SPA - Via S. Maria 10 - 00187 Roma

VALACCI SPA

VALACCI SPA - Via S. Maria 10 - 00187 Roma

VALACCI SPA

VALACCI SPA - Via S. Maria 10 - 00187 Roma

SOLIGENA
SOLIGENA PER VOI

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

L'informazione nella promozione dei luoghi di lavoro

Maria Luisa Diodato

Servizio di Prevenzione e Protezione - Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

In questo numero intendiamo completare il percorso intrapreso nei numeri 3 e 4 de L'OSPEDALE nel 2008 pubblicando la scheda tecnica mirata all'informazione sulla sicurezza riguardo l'utilizzo delle bombole per gas medicinali e tecnici per il personale dell'Azienda Ospedaliera di Bologna, Policlinico Univerisitario S.Orsola-Malpighi.

SCHEMA TECNICA: BOMBOLE PER GAS MEDICINALI E TECNICI

I - DESCRIZIONE ATTREZZATURA

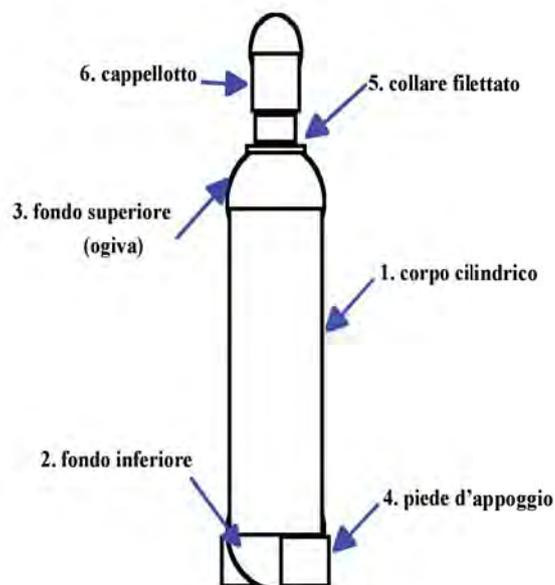


Le bombole sono essenzialmente costituite da:

1. un corpo cilindrico
2. un fondo inferiore
3. un fondo superiore o ogiva
4. un piede di appoggio
5. un collare filettato
6. un cappellotto che racchiude la valvola di erogazione

Che cos'è

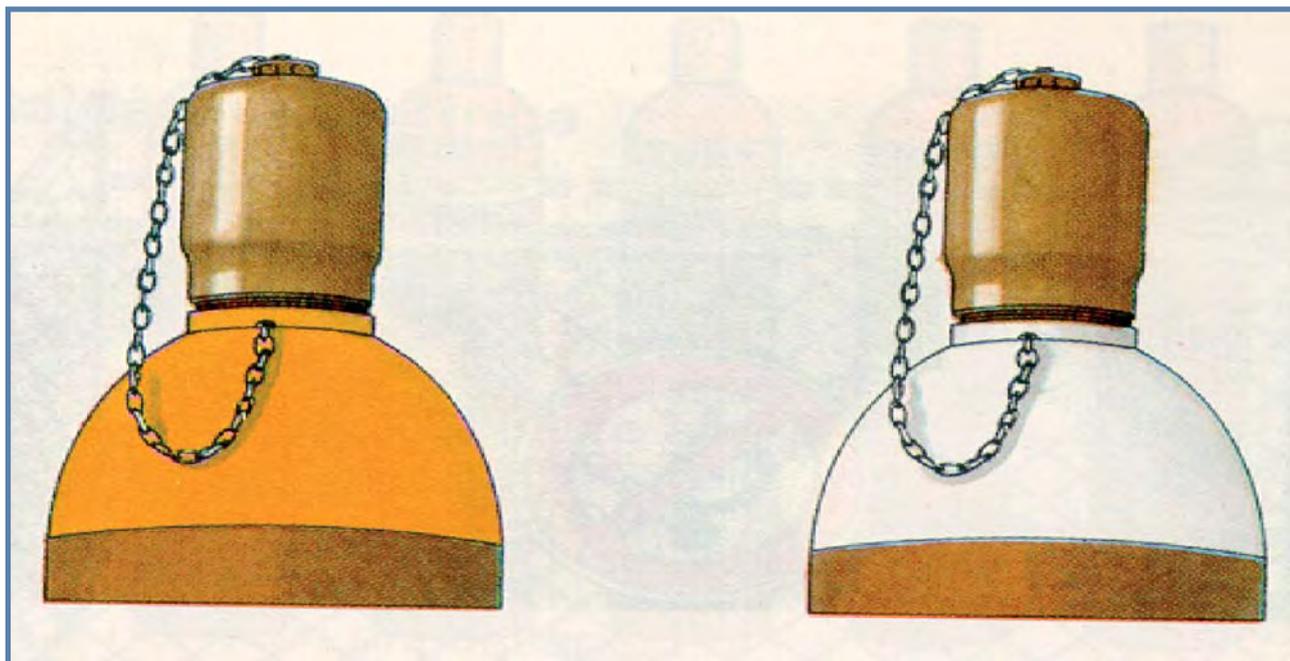
Si indica con il termine *bombola* quel recipiente, destinato a contenere gas tecnici o medicinali (gas compressi, liquefatti e disciolti), costruito in un unico pezzo senza saldatura longitudinale e di capacità compresa fra 5 e 150 litri.



Il cappellotto può essere fisso o rimovibile: il tipo fisso presenta delle aperture laterali per poter avvitare il *riduttore di pressione*.

La funzione del cappellotto è quella di proteggere la valvola di erogazione, che è il punto più debole della bombola, da rotture in caso di ribaltamenti o urti accidentali.





II – NORME DI SICUREZZA sez. 1

Collaudo e revisione

Le bombole sono soggette, con esclusione della parte relativa alla colorazione dell'ogiva, al DM 12.9.1925 che ne stabilisce sia i criteri costruttivi che specifiche prove di approvazione (collaudo) e di revisione.

A cura del fabbricante, prima dell'effettuazione delle visite di approvazione, devono essere obbligatoriamente apposte sulle bombole le seguenti indicazioni:

- Nome o sigla della ditta costruttrice.
- Numero d'ordine di fabbricazione.
- Nome commerciale del gas che il recipiente è destinato a contenere (in tutte lettere o abbreviato).
- Valore della pressione di carica, seguito dal valore della pressione di prova, per i gas compressi e l'acetilene disciolto.
- Valore del peso di carica, seguito dal valore della pressione di prova per i gas liquefatti.
- Capacità del recipiente, in litri.
- Tara del recipiente, in chilogrammi.

In sede di 1° collaudo il collaudatore deve apporre, su ogni singolo recipiente, le seguenti punzonature:

- data di collaudo (mese ed anno),
- stemma della Repubblica (stella a 5 punte, con lettere "RI").

La periodicità della revisione dipende dalla natura del gas:

- ogni 5 anni, per l'idrogeno e l'ossido di carbonio;
- ogni 10 anni, per tutti gli altri gas.

Il verificatore, per ogni recipiente, redige un certificato di revisione che deve essere conservato dal proprietario della bombola. L'utilizzatore pertanto, non proprietario, non è tenuto obbligatoriamente a tale possesso, neppure in copia.

All'atto di ogni revisione, il verificatore deve comunque punzonare la nuova tara riscontrata, seguita dalla data di revisione (mese ed anno, preceduti dallo stemma della Repubblica).

Nel periodo intercorrente fra la data di scadenza e quello della successiva revisione, le bombole non possono essere utilizzate.

II – NORME DI SICUREZZA sez. 2

Colorazioni distintive

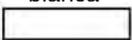
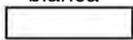
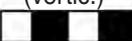
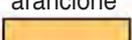
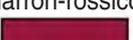
Alle bombole trasportabili per gas compressi, liquefatti o disciolti sotto pressione, con esclusione dei recipienti contenenti GPL e degli estintori si applica un sistema di codici colore, con lo scopo di identificare in maniera immediata il contenuto delle bombole stesse, o evidenziare i pericoli associati alle proprietà dei gas, o delle miscele di gas trasportati.

La colorazione distintiva deve essere applicata sull'ogiva della bombola, che deve essere verniciata con i colori di identificazione. La norma che finora ha prescritto i codici colore (DM 12.9.1925), è stata abrogata (per la sola parte relativa alle colorazioni distintive) e sostituita dal recepimento di una Direttiva Comunitaria (DM 7.01.1999) che prevede l'adozione delle nuove colorazioni (UNI EN 1089-3) per le bombole fabbricate o revisionate a decorrere dal 10 agosto 1999. La codificazione dei nuovi colori secondo la nuova norma è individuata con la lettera "N" riportata in due posizioni diametralmente opposte sull'ogiva e in colore contrastante con quello dell'ogiva.



Esempio di vecchia e nuova colorazione distintiva per bombole contenenti anidride carbonica.

L'uso della lettera "N" non è obbligatorio quando il colore dell'ogiva non cambia. Per le bombole in circolazione è consentita la conservazione dei vecchi colori fino alla prima revisione periodica e comunque non oltre il 30 giugno 2006. Fanno eccezione le bombole contenenti gas medicinali che devono invece essere comunque adeguate entro il 28 aprile 2001 (DM 14.10.99).

BOMBOLA	PUNZONATURA	Colorazione distintiva (D.M. 12/09/25)		Colorazione distintiva (D.M. 12/01/99 – D.M. 14/10/99)	
		COLORE OGIVA	VERNICIATURA CORPO	COLORE OGIVA	VERNICIATURA CORPO
Anidride Carbonica	CO2	grigio chiaro 	contrastante non verde	grigio 	bianco
Ossigeno Medicale	O2	bianca 	verde	bianca 	bianco
Azoto Protossido	N2O	blu 	verde	blu 	bianco
Aria Medicale	ARIA	bianco-nero (vertic.) 	grigio	bianco-nero (orizz.) 	bianco
Azoto Medicale	AZOTO	nero 	grigio	nero 	bianco
Acetilene	C2H2	arancione 	qualunque (solitamente grigio)	marron-rossicc. 	qualunque (solitamente grigio)
Idrogeno	H2	rosso 	qualunque (solitamente grigio)	rosso 	qualunque (solitamente grigio)
Aria Industriale	ARIA	bianco-nero (vertic.) 	qualunque (solitamente grigio)	verde brillante 	qualunque (solitamente grigio)



III – NORME DI SICUREZZA PER BOMBOLE PER GAS MEDICINALI

Le bombole contenenti gas medicinali o terapeutici sono soggette oltre alle norme di sicurezza precedentemente illustrate ad altre specifiche e più restrittive destinate a tutelare la salute degli utilizzatori dei gas (pazienti).

In particolare tutte le bombole destinate al trasporto di gas e miscele per uso medicale o terapeutico, di qualunque capacità, devono essere munite di valvole con attacchi/raccordi particolari (diametro, senso della filettatura, spine e fori predeterminati per ogni singolo tipo di gas), al fine di impedire lo scambio involontario con bombole contenenti altri gruppi di gas.

Inoltre ogni bombola contenente gas medicinale deve essere provvista di disco in acciaio inossidabile riportante la scritta "per uso medico" ed un'indicazione che permetta di identificare il proprietario della bombola (n° partita IVA o codice fiscale); deve inoltre riportare in modo univoco l'identificazione del numero di lotto.

I recipienti contenenti ossigeno liquido medicale devono riportare un'etichetta con le seguenti indicazioni:

- ossigeno liquido F.U. (Farmacopea Ufficiale)
- nome del fornitore del gas e/o del centro di riempimento
- numero del lotto di produzione.

IV – PRINCIPALI RISCHI

Normalmente le bombole per gas compressi, disciolti e liquefatti sono recipienti dotati (anche per merito delle norme di sicurezza a cui sono soggette) di un elevato grado di affidabilità a condizione che vengano sempre osservate precauzioni particolari per la conservazione e procedure per la movimentazione e l'uso.

Infatti possono diventare recipienti con pericolo di scoppio quando:

- vengono sottoposte a riscaldamento eccessivo (compreso l'irraggiamento solare),
 - vengono lambite da fiamme,
- questo pericolo è indipendente dal gas contenuto.

Altro pericolo non meno importante è la rottura o la fessurazione della valvola di erogazione per urti o cadute accidentali.

In questo caso infatti il gas uscirebbe a fortissima velocità e, a causa della grande pressione interna, la valvola e i suoi frammenti diventerebbero proiettili pericolosi per gli operatori che sono nelle vicinanze; il

contraccolpo farebbe poi perdere il controllo della bombola.

Può anche succedere che la perdita dalla valvola (ad esempio per una guarnizione di tenuta non più efficiente) sia molto piccola e non facilmente percettibile: in questo caso si può avere la saturazione dell'aria del locale dove viene conservata la bombola. Per questo motivo le bombole non vanno mai conservate in locali sotterranei, confinati o non ben ventilati.

Fra le manovre pericolose particolare attenzione va posta all'apertura troppo veloce della valvola: l'apertura troppo rapida può causare l'incendio del riduttore.



V - ISTRUZIONI OPERATIVE DI CARATTERE GENERALE sez.1

Deposito e stoccaggio

I recipienti, come le bombole, contenenti prodotti suscettibili di reagire fra di loro dando luogo alla formazione di gas o miscele esplosive o infiammabili (art. 363 DPR 547/55) devono essere immagazzinati e conservati in luoghi o locali sufficientemente distanziati ed adeguatamente isolati gli uni dagli altri (ad es. le bombole contenenti gas infiammabili, quali acetilene, idrogeno, ecc., devono essere separate da quelle contenenti gas comburenti, quali ossigeno, protossido, aria medica, ecc.).

Devono anche essere esposti i pittogrammi e la segnaletica di sicurezza di pertinenza (D.Lgs. 493/96), non solo all'interno ed all'esterno del deposito, ma anche in corrispondenza delle vie e zone carrabili interessate dalla movimentazione/trasporto bombole (nuovo codice della strada).

E' opportuno infine esporre (mediante un cartello) le procedure di sicurezza specifiche, richiamando in ogni caso l'attenzione sull'esplicito divieto (art. 16 D.M. 12.9.25) di lubrificare con oli o grassi le valvole dei recipienti destinati a contenere ossigeno o altri gas ossidanti.

Pertanto lo stoccaggio dei gas compressi contenuti in bombole deve avvenire in luoghi aventi rigorosamente le seguenti caratteristiche:

- locale appositamente destinato allo scopo;
- identificato e segnalato con idonei cartelli (ad esempio: deposito bombole);
- fresco, asciutto e ben aerato;
- con esclusione del pericolo di incendio dall'esterno;
- non sotterraneo;
- destinato ad esclusivo stoccaggio delle bombole e di nessun altro prodotto o materiale;
- recante segnalazioni appropriate che specifichino la natura del pericolo dei gas.

Lo stoccaggio delle bombole all'interno dei locali deve invece avvenire secondo i seguenti criteri:

- le bombole piene e quelle vuote devono essere mantenute separate fra di loro;
- sulle bombole vuote deve essere apposto un cartello od una etichetta che ne denunci lo stato;
- le bombole piene e quelle vuote devono essere conservate con rubinetto chiuso e dotate del relativo cappellotto di protezione;
- le bombole devono essere protette contro le cadute accidentali (è buona norma tenerle fissate alla parete con catene o cinghie);



- tutte le bombole devono essere mantenute in posizione verticale;
- l'accesso alle zone di stoccaggio deve essere limitato esclusivamente al personale autorizzato;
- nelle zone di stoccaggio di bombole di gas infiammabili é vietato fumare, usare fiamme libere e produrre scintille: questi divieti devono essere segnalati con appositi cartelli,
- nelle zone di stoccaggio delle bombole di gas infiammabili devono essere installati in maniera ben visibile e tenuti sempre efficienti mezzi di estinzione appropriati.

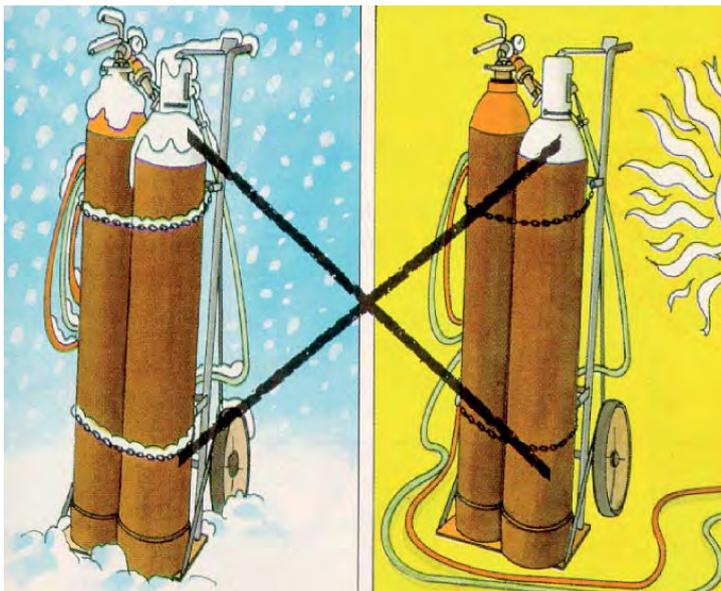


V - ISTRUZIONI OPERATIVE DI CARATTERE GENERALE sez.2

Movimentazione

La manipolazione delle bombole deve avvenire secondo i seguenti criteri:

- prima del prelievo di una bombola dal deposito ci si assicura del suo reale contenuto; gli elementi che portano alla identificazione del contenuto sono:
 - incisione del nome del gas per esteso sull'ogiva delle bombole;
 - colore distintivo ogiva per i gas più comuni;
 - quando devono essere movimentate, anche per tragitti brevi, le bombole devono essere trasportate su appositi carrelli.
- le bombole trasportate devono essere sempre provviste di cappello di protezione che deve rimanere sempre avvitato e rimosso solo quando la bombola è in uso;
- le bombole non devono mai essere sollevate dal cappello;
- qualora si faccia uso di mezzi motorizzati, le bombole devono essere assicurate contro gli urti e le cadute, il mezzo deve procedere a velocità moderata;



- le bombole contenenti gas compressi, disciolti o liquefatti, non devono mai essere sottoposte o esposte a temperature superiori ai 50 °C.

- le bombole non devono mai essere lasciate accanto a montacarichi od in prossimità di posti di passaggio o in altri luoghi in cui oggetti pesanti in movimento possono urtarle o cadervi sopra;

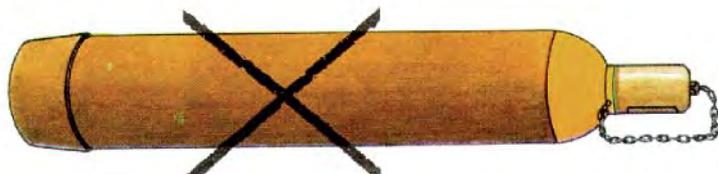
- le bombole non devono mai essere trasportate facendole strisciare sul pavimento;

- le bombole non devono mai essere sottoposte a urti meccanici violenti;

Nelle operazioni di carico e scarico delle bombole dovrà essere usata ogni precauzione per evitare urti o sobbalzi; in particolare le operazioni di scarico devono avvenire

re con molta cautela non facendo cadere mai le bombole direttamente sul suolo ma facendole appoggiare su una pedana di gomma

- In ogni caso le bombole devono:
 - essere sottratte all'azione diretta dei raggi solari o altre sorgenti di calore (temperatura massima ammessa per il locale = 50 °C);
 - essere fissate alle pareti a mezzo di rastrelliera, staffe o catenelle;
 - avere la valvola di riempimento protetta da cappello forato;
 - essere provviste di indicazioni di pieno o di vuoto.



VI – II RIDUTTORE DI PRESSIONE

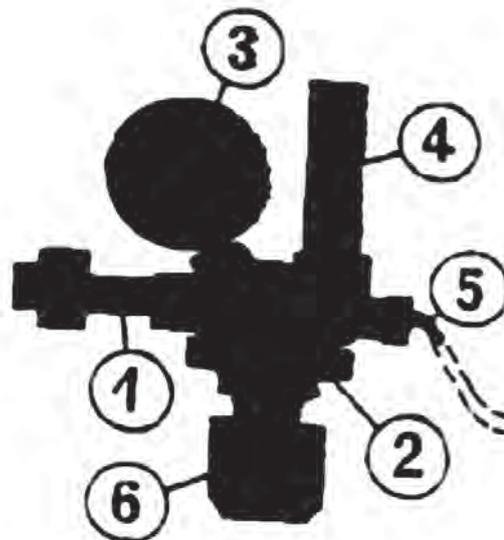
Che cos'è

Il riduttore di pressione è un dispositivo che viene collegato alla bombola oppure alle prese a parete di distribuzione dei gas nei laboratori, e serve per diminuirne la pressione e consentirne l'utilizzo del gas da parte dell'utenza. Nelle degenze le prese a parete sono normalmente già dotate di riduttore di pressione.

Normalmente un riduttore di pressione è composto da:

1. un raccordo di entrata, diverso per ogni gas, che serve per l'attacco alla valvola della bombola;
2. un corpo cromato su cui sono montati:
3. un manometro per la misura della pressione della bombola;
4. nel caso il gas vada erogato al paziente è presente un flussometro per misurarne la portata;
5. un raccordo di uscita portagomma per la somministrazione al paziente;
6. un volantino di regolazione dell'erogazione.

Tutti i riduttori sono inoltre provvisti di valvola di sicurezza per lo scarico di eventuali sovrappressioni.



Installazione del riduttore di pressione

Il riduttore di pressione è un punto critico del sistema di erogazione del gas e deve essere usato in maniera corretta in modo da non generare pericoli per l'operatore ed i pazienti.

Ogni volta che il riduttore di pressione viene installato sulla bombola è necessario effettuare alcune verifiche.

- Il raccordo di uscita deve essere in perfette condizioni, cioè non usurato o ammaccato; deve essere inoltre privo di impurità o lubrificanti (olio o grasso). Per eliminare polvere o altre particelle è necessario aprire lentamente la valvola per un istante e richiuderla subito, indirizzando il flusso lontano da persone o cose.
- Il raccordo di entrata ed il dado del riduttore devono essere in perfette condizioni, cioè non usurati, storti o ammaccati e devono essere privi di impurità e di lubrificanti.
- La guarnizione sul raccordo di entrata deve essere in perfette condizioni, cioè non usurata o deformata; in tal caso va sostituita con ricambio originale e solo da personale autorizzato. Non utilizzare mai un altro tipo di guarnizione!!
- I manometri devono essere in buone condizioni e l'indice deve segnare zero.
- Ogni parte del riduttore deve essere pulita e priva di lubrificanti.
- Il volantino deve essere ruotato tutto in senso antiorario sino a molla allentata.

Quando tutte queste condizioni sono rispettate è possibile avvitare il dado del riduttore sul raccordo di uscita della valvola della bombola, utilizzando una chiave adatta o serrare a mano a seconda del tipo di raccordo.

Il raccordo di uscita della valvola della bombola e il raccordo di entrata del riduttore sono diversi per ogni gas; non tentare mai di installare un riduttore per un tipo di gas su di una bombola di gas diverso.



Uso del riduttore di pressione

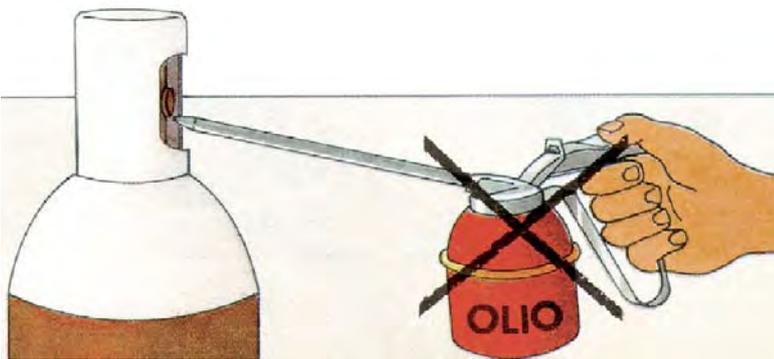
Per usare correttamente il riduttore di pressione è necessario aprire molto lentamente la valvola della bombola rimanendo per quanto possibile a debita distanza dal riduttore.

Un'apertura rapida della valvola della bombola può provocare un brusco aumento della temperatura all'interno del riduttore con il conseguente danno alle parti interne e possibilità di innesco di incendio delle parti non metalliche.

Prima di erogare il gas è necessario verificare che non vi siano perdite in corrispondenza del raccordo di entrata, dai raccordi dei manometri e dalla valvola di sicurezza, procedere quindi ruotando in senso orario il volantino per dare inizio (o aumentare) all'erogazione, o in senso antiorario per arrestarla (o diminuirla). Al termine dell'impiego chiudere la valvola della bombola e scaricare tutto il gas contenuto nel riduttore; non scaricare l'ossigeno o il protossido d'azoto in vicinanza di sorgenti di combustione o di materiali facilmente

inflammabili. Nessuna parte del riduttore o della valvola della bombola deve essere lubrificata: i lubrificanti a contatto con l'ossigeno ed il protossido in pressione possono dar luogo a combustioni o esplosioni.

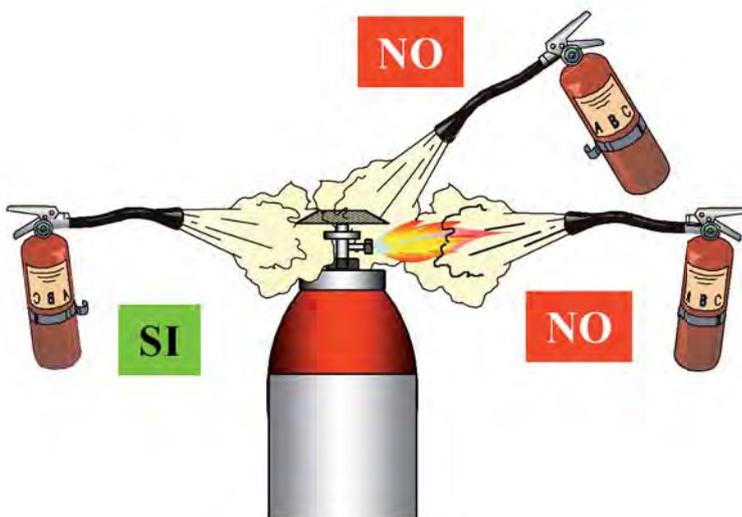
Durante il trasporto della bombola smontare sempre il riduttore e proteggere la valvola con il cappello. Non smontare il riduttore prima di aver scaricato tutto il gas contenuto nel riduttore



VII - INTERVENTO IN CASO DI INCENDIO DI GAS IN BOMBOLA

Nel caso si verificano fughe di gas infiammato da bombole, si deve per prima cosa cercare di eliminare la perdita agendo sulle apposite valvole di intercettazione.

Se ciò non fosse possibile perché l'incendio interessa le valvole stesse, prima di intervenire è necessario considerare che ad estinzione avvenuta il gas in fuga invaderà l'ambiente in cui si trova la perdita, con possibilità di raggiungere concentrazioni pericolose che possono condurre ad un'esplosione.



Nel caso di incendio di gas in bombola, che si verifichi in corrispondenza delle valvole di erogazione, può essere necessario raffreddare la bombola con acqua durante l'incendio e raffreddare la valvola stessa ad estinzione avvenuta per poterla manovrare in chiusura, superando il possibile grippaggio provocato dal calore.

Spegnendo la fiamma di gas con estintore è necessario erogare il getto in modo che la sostanza estinguente segua la stessa direzione della fiamma.

Non tagliare trasversalmente né colpire frontalmente la fiamma.

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.

www.zaccariaspa.net



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 a 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





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



Catania

www.anmndo.org

**LA DIREZIONE
SANITARIA per la
CREAZIONE DEL VALORE**

Catania - Centro Fieristico Le Ciminiere - 17-20 settembre 2008

Catania



DISINFEZIONE: DIVERSI CRITERI PER UNA SCELTA PONDERATA

In ambito ospedaliero la prima generale azione da condurre per mantenere il limite di contaminazione entro i livelli di sicurezza è, da sempre, la pulizia.

Tuttavia occorre ricordare che per alcune operazioni è essenziale far seguire alla pulizia una corretta disinfezione.

Talvolta, però, nella pratica clinica si riscontra confusione nel definire il corretto utilizzo degli antisettici e disinfettanti, perfino nella spiegazione della differenza a livello concettuale. Inoltre la letteratura riporta come l'uso indiscriminato dei disinfettanti (dovuta ad una carente conoscenza degli stessi) abbia talvolta compromesso le misure di prevenzione e di controllo delle infezioni. Per ovviare a questa carenza, ANMDO ha organizzato il 31 maggio 2008 a Bologna, in occasione dell'evento fieristico Exposanita, un seminario destinato a dirigenti medici, manager di aziende di servizi o associazioni temporanee di impresa, infermieri professionali, farmacisti ospedalieri, economi e provveditori, in cui verranno chiarite le linee guida per una corretta disinfezione in ambito ospedaliero, nonché i criteri di scelta dei disinfettanti da diversi punti di vista: quello del direttore sanitario, del farmacista e dell'I.C.N. In ambito sanitario, infatti, è essenziale essere in grado di considerare i diversi fattori nella scelta del tipo e delle modalità di disinfezione: i diversi materiali sanitari, le aree a differente rischio per il paziente e la sicurezza degli operatori sono tutti aspetti determinanti. Nel seminario si cercherà, dunque, di analizzare lo stato dell'arte a livello nazionale sull'utilizzo in ospedale dei disinfettanti, valutando la questione dai diversi punti di vista degli stakeholder coinvolti nel processo di disinfezione a livello sanitario.

www.anmdo.org

ANMDO NAZIONALE
Associazione Nazionale
dei Medici delle Direzioni Ospedaliere

*La disinfezione
in ospedale*

31 maggio 2008
Bologna - Quartiere Fieristico
Sala Concerto - Centro Servizi Blocco D
Ore 9,00

Nell'ambito di
EXPOSANITA'
Il nuovo strumento di lavoro della sanità e della salute

**Nacatur
International**

**Linea 626
Dispositivi di Protezione
Individuale**

www.nacatur.com - nacatur@tin.it - 0721-955964

IL SISTEMA A MODULI INTEGRATI

Il Sistema a Moduli Integrati che Kemika presenta per la sanificazione delle superfici in ambito ospedaliero si basa su dati comprovati e validati dal laboratorio certificato BIOLAB di Milano in condizioni reali di utilizzo. Si tratta del sistema che impiega tre formulati a base di tre principi attivi differenti (Cloro in pastiglie, Biguanide-Quaternari, Clorexidina) abbinati anche all'uso di panni in microfibra che per le loro caratteristiche si adattano alle tre tipologie di superfici che si incontrano nell'ambiente ospedaliero. Queste sono i pavimenti, le attrezzature ed i servizi igienici sia nelle zone a Basso-Medio Rischio che nell'Alto Rischio. Tra le due zone la differenza è nella concentrazione di impiego e nei tempi di contatto, che nell'Alto Rischio risultano più alti. Questa impostazione semplifica notevolmente l'organizzazione del lavoro con tre soli prodotti si effettua la sanificazione di tutte le superfici ospedaliere.

Il sistema a Moduli Integrati deriva dal sistema a Moduli Generale, nel quale vengono previsti i 3 principi attivi formulati in tre diversi prodotti adatti alle pulizie e disinfezione delle tre tipologie di superfici. Si applica il

sistema a Moduli Generale, quando vi fosse la richiesta da parte di una direzione sanitaria di alternare la tipologia di disinfettanti. In questo caso, il numero di prodotti che devono essere resi disponibili è ben più alto.

Il Cloro, i Quaternari con Biguanide e la Clorexidina testati con concentrazioni, tempi di contatto e formulati adeguati, abbattano radicalmente la carica microbica sulle superfici fatto salvo che per quelle specie microorganiche per le quali già si conosce la scarsa efficacia (per esempio su spore, Micococco TBC e qualche virus). Efficacia comunque non richiesta per le superfici ambientali. Nella pratica della sanificazione delle superfici in ambiente ospedaliero l'esigenza dei tempi di lavoro sempre più ristretti, di evitare di lasciare patine o residui sulle superfici e sui pavimenti e quelle dei consumi e dei costi dei prodotti, giocano un ruolo molto importante. Il successo del Sistema a Moduli Integrati è dovuto all'efficacia disinfettante e detergente dei prodotti abbinata alle esigenze su indicate. Quasi tutti i formulati sono PMC cioè disinfettanti che hanno ottenuto la registrazione dal Ministero della Salute.

info@kemikaspa.com
www.kemikaspa.com

ATTREZZATURE

TOILETTE

PAVIMENTI

Disinfezione delle tre superfici fondamentali nell'ambiente ospedaliero



Disinfezione e Deterzione

mondial
Concrete answers to real problems

SINCERT



35010 Limena - Padova - Via Don Zonta 3
Tel.049 788712 Fax 049 769497

info@mondialprod.it - www.mondialprod.it

LA SFIDA DELL'INNOVAZIONE CONTINUA: DA 112 ANNI!

Da 112 anni Roche lavora ogni giorno per trovare soluzioni in grado di migliorare la qualità di vita delle persone. Presente in 150 Paesi, l'azienda è ormai un punto di riferimento mondiale nel campo delle biotecnologie: oncologia, anemia, trapiantologia, e ancora virologia, nefrologia, reumatologia e diagnostica in vitro sono le aree di eccellenza. Nel solo 2007 l'azienda ha investito oltre 8 miliardi di franchi svizzeri in ricerca, e in particolare nella scoperta di nuove tecnologie diagnostiche e farmaci personalizzati in grado di combattere il cancro, l'AIDS, l'epatite, l'Alzheimer, l'artrite reumatoide e il diabete. La presenza in Italia risale al 1897: la sede principale delle divisioni farmaceutica e diagnostica è a Monza, con un sito produttivo farmaceutico di

eccellenza a Segrate (Milano). Oltre ai settori di leadership, l'azienda è presente nell'area della reumatologia con un importante farmaco biotecnologico cui seguiranno molecole all'avanguardia che verranno presto messe a disposizione dei pazienti. La personalizzazione delle soluzioni è da sempre al centro dell'attenzione dell'azienda: ci sono tan-



te risposte quante sono le persone, e in Roche si ricercano soluzioni individuali capaci di creare valore aggiunto per tutti gli interlocutori, in primo luogo i pazienti. Un agire etico e sostenibile che nel tempo ha permesso all'azienda di diventare partner di importanti centri di ricerca ospedalieri, di numerose università italiane e non ultime di associazioni pazienti con le quali è in essere uno scambio di esperienze indispensabile per comprendere sempre meglio le esigenze di chi vive direttamente la malattia. Dal 2005 la filiale italiana, in un'ottica di massima trasparenza, pubblica il Bilancio di Sostenibilità; uno strumento che rispecchia un preciso impegno in ambito sociale ed ambientale, e che significa in primo luogo rispetto dell'ambiente e della persona.

www.roche.it

STERILIZZAZIONE RAPIDA E SICURA

Sterrad 100NX è l'innovativo sistema realizzato per sterilizzare in modo rapido e sicuro strumenti sensibili all'umidità e al calore. È possibile sterilizzare anche lumi a canale singolo in acciaio con diametro interno di 0,7 mm o superiore. Facilmente trasportabile e poco ingombrante, il sistema è dotato dell'opzione doppia porta e richiede, per il suo funzionamento,

solo una presa di corrente trifase. La camera di sterilizzazione è rettangolare e l'operatore può aprire e chiudere la porta mediante pulsante a pedale o comando a display.

Cicli- Il ciclo di sterilizzazione è di 47 minuti ed il trattamento avviene ad una temperatura operativa di circa 45/55°C in ambiente a basso tasso di umidità. Il ciclo FLEX di 42 minuti è stato specificamente concepito per la sterilizzazione degli endoscopi flessibili compatibili, aumentando la flessibilità d'uso del sistema.

Gestione del perossido di idrogeno- L'apparecchiatura gestisce l'agente sterilizzante in condizioni di totale sicurezza: il perossido di idrogeno, alla concentrazione di circa il 58%, viene fornito attraverso apposite cassette, ossia attraverso un sistema autocontenuto, sigillato e che, in caso di fuoriuscita accidentale, non comporta alcuna possibilità di entrarvi in contatto da parte dell'operatore. L'eventuale fuoriuscita di perossido di idrogeno è segnalata attraverso un indicatore chimico integrato nel confezionamento della cassetta. Le cassette hanno una shelf life di 15 mesi e possono essere stoccate a temperatura ambiente. Il sistema Sterrad 100NX attraverso il sistema RFID (Radio Frequency Identification) identifica le cassette, verifica la validità del lotto e riconosce una cassetta parzialmente usata. La funzione di smaltimento cassetta sposta in automatico la cassetta che gestisce l'agente sterilizzante dall'interno dello sterilizzatore al box di raccolta cassette.

Monitor del perossido di idrogeno- Attraverso l'innovativo sistema di controllo, l'apparecchiatura è in grado di misurare direttamente la concentrazione di perossido d'idrogeno all'interno della camera di sterilizzazione. L'operatore può visualizzare a display tutte le informazioni di controllo.

infoasp@ethit.jnj.com

A PIENO RITMO LA LINEA DISINFETTANTI SP3

Con la linea di dispositivi medici disinfettanti SP3 La Mondial di Padova risponde alle esigenze di decontaminazione ed alta disinfezione per lo strumentario chirurgico degli operatori sanitari investiti a migliorare l'efficacia e la sicurezza del proprio lavoro. Prodotti disinfettanti caratterizzati nello svolgere una azione ossidativa verso i costituenti delle cellule microbiche con positive ripercussioni sia verso la sicurezza degli addetti, sia verso la problematica dello smaltimento delle soluzioni esauste che premia i prodotti a basso impatto ambientale. Agenti virucidi, battericidi, micobattericidi, sporicidi e fungicidi in virtù dello ione peracetico sprigionato dall'attivazione dei preparati SP3. Le soluzioni sono compatibili con i dispositivi medici riutilizzabili e quindi soggetti a molteplici cicli di disinfezione, possibile utilizzo con i dispositivi non autoclavabili per i quali la necessità della disinfezione ad alto livello (inclusi processi di sterilizzazione a freddo) è ineludibile.

info@mondialprod.it
www.mondialprod.it



AGGIUDICARSI L'APPALTO CON UN SISTEMA VINCENTE

Dalla sua fondazione, la *Mission del CSC – Centro Servizi Condivisi* – è quella di migliorare la gestione delle attività tecnico-amministrative del Servizio Sanitario Regionale, fornendo servizi a costi inferiori ma risultati qualitativamente superiori a quelli attualmente raggiunti dalle Singole Aziende sanitarie. Per un progetto così ambizioso è tuttavia necessaria un'organizzazione capillare che sfrutti le sinergie ed economie di scala, incoraggi lo sviluppo di processi centralizzati e standardizzati nonché l'utilizzo di tecnologie avanzate e stringa proficue partnership con soggetti strategici del settore. È sulla base di questo che nel 2007 il CSC ha indetto il bando di

gara "Servizio di pulizie, sanificazione e sanitizzazione e servizi accessori", unico nel suo genere perché si è proposto di gestire ben 12 strutture ospedaliere e tutti i distretti ad esse correlati, che ammontano all'incirca a 80 unità. La valutazione del punteggio stabilita dal CSC (60 per la qualità e 40 per il prezzo) ha aggiudicato la gara all'ATI formata da Idealservice di Piasan di Prato, Minerva di Gorizia e Friul Clean di Udine, tutte imprese del Friuli Venezia Giulia. Il dato più significativo è il punteggio con cui l'ATI ha (stra)vinto la gara, con quasi 10 punti di scarto sul progetto tecnico. Merito di una metodologia innovativa – il sistema *MICRORAPID* – fornita all'ATI da Soligena, un

consorzio delle aziende più qualificate e conosciute nel mercato nazionale del cleaning, partner d'eccellenza di molte imprese di pulizie nelle gare d'appalto. In occasione di questa aggiudicazione, infatti, Soligena ha lavorato su due fronti: quello dell'Innovazione e quello della Formazione. Il sistema *MICRORAPID*, sviluppato da È Così (produttore di detersivi) e FALPI (produttore di attrezzature) incarna l'innovazione a servizio dell'igiene (in quanto prevede la sostituzione delle frangia e dei panni per ogni singolo ambiente) e del risparmio (idrico e di detersivi pari all'80%) dei tempi e della fatica degli operatori, dei margini di errore degli operatori nonché, naturalmente,



dell'impatto ambientale. Ma per far sì che lo svolgimento operativo rispettasse i tempi e risultati previsti dal progetto tecnico, Soligena ha fornito un importante contributo anche sul fronte della Formazione, mettendo in campo, già nella fase di start-up, 35 professionisti coordinati dall'azienda friulana locale Tecno Clean di Soligena e provenienti da tutto il territorio nazionale, per seguire tutti gli addetti ai servizi di pulizia affinché assimilassero al meglio tutte le procedure legate al sistema *MICRORAPID*. www.soligena.it

Vernacare®
 Servizi Professionali Per Professionisti Della Sanità

Sistema combinato per lo smaltimento dei rifiuti biologici

- Interruzione della catena di trasmissione delle infezioni ospedaliere
- Riduzione dei tempi di lavoro
- Massima igiene e confort

- Riduzione dei costi gestionali
- Smaltimento sicuro ed ecologico
- Aumento della qualità domestico-ospedaliera

**"D.A.L."
 la Doccia A Letto mobile**

Studiata appositamente per l'ambiente ospedaliero, permette di fare una doccia completa ai pazienti non coscienti, immobilizzati o con difficoltà motorie, direttamente nel proprio letto.

Il sistema permette di:

- ✓ garantire confort e igiene
- ✓ migliorare la qualità della degenza
- ✓ facilitare le mansioni del personale
- ✓ ridurre i tempi operativi
- ✓ ridurre il rischio di infezioni cutanee
- ✓ migliorare i processi di guarigione della cute
- ✓ operare su pazienti obesi

distribuiti da **bi-medica**
 Via Provinciale Dolmine Alpiè, 20 - 34048 TREVISO (Bg) - Tel. 0356221138 - Fax 02700532661 - e-mail: bi-medica@bi-medica.it

SISTEMI DI FILTRAZIONE "SU MISURA"

Fondata nel 1946 dal dr. David B. Pall a New York, Pall Corporation attualmente dispone di oltre 180 brevetti registrati negli Stati Uniti.

La contaminazione batterica e/o particellare dei fluidi che entrano in contatto con persone e prodotti è un rischio costante dal quale è necessario cautelarsi. Per proteggersi da queste eventualità Pall offre sistemi di filtrazione capaci di contenere o neutralizzare tali rischi. I prodotti Pall sono il frutto dell'acquisizione di competenze scientifiche e tecnologiche maturate in circa sessant'anni di storia, oltre che di un'esperienza trasversale ad ogni tipo di mercato. Pall è in grado di mettere a disposizione un'ampia offerta di prodotti con alti standard di qualità e affidabilità, capaci di servire in modo integrato esigenze di filtrazione nei settori biomedicale e biotecnologico, farmaceutico, e tutti gli altri settori industriali. I sistemi di filtrazione offerti da Pall consentono ai suoi numerosi clienti in tutto il mondo di svolgere le proprie attività senza pericoli di contaminazione. Per rispondere in modo ancora più efficace alle esigenze dei suoi clienti, Pall Corporation è organizzata su due Divisioni: Pall Life Sciences e Pall Industrial.



PALL Life Sciences è la struttura focalizzata sulle esigenze di filtrazione in ambito biomedicale e farmaceutico.

I sistemi di filtrazione realizzati supportano le terapie e i trattamenti effettuati direttamente sul paziente, come ad esempio le trasfusioni di sangue, riducono il rischio di contaminazione batterica in ambito ospedaliero attraverso la filtrazione della rete idrica e dei gas respiratori e, per quanto riguarda la produzione farmaceutica, consentono alle aziende del settore di svolgere in sicurezza le proprie attività di ricerca e di sviluppo di nuovi farmaci. L'offerta di prodotti e sistemi per filtrazione copre in modo trasversale i mercati nei quali Pall Italia è presente. Una caratteristica significativa dell'offerta Pall è di essere focalizzata su nicchie di mercato, cioè di poter mettere a disposizione prodotti mirati per problematiche specifiche. Pall è in grado di coprire con i suoi prodotti ed i suoi laboratori di R&D tutte le esigenze di filtrazione dei clienti. Pall Italia è la Filiale di Pall Corporation responsabile dell'Italia e dell'Export. Dispone di 5 Sedi operative in Italia e Dubai, ha responsabilità commerciale su 19 Paesi esteri. Conta 400 dipendenti e il fatturato dell'anno fiscale 2007 è stato di € 94 milioni.

www.pall.com

UMONIUM^{38®}: IL BIOCIDO CHE RISPETTA LA LEGGE

UMONIUM^{38®}, distribuito in Italia in esclusiva dalla Alphadevice Srl, è un deter-disinfettante che presenta eccezionali caratteristiche di efficacia biocida nei confronti di virus, batteri, funghi, mycobatteri. Essendo perfettamente neutro ha anche il vantaggio di non esercitare alcuna forma di corrosione nei confronti di tutti i materiali e, grazie alla sua composizione non tossica, di rispettare la salute di operatori ed utenti che, in qualche modo, ne vengano in contatto. Questo dimostra la piena rispondenza di UMONIUM^{38®} a tutte le caratteristiche

richieste nel D.Lgs.626/94 per quanto riguarda l'efficacia di disinfezione e la tutela della salute dei lavoratori. Il processo di disinfezione, infatti, oltre che alla protezione dei pazienti, è anche mirato alla prevenzione delle infezioni accidentali dei lavoratori nosocomiali. La disinfezione è infatti una misura di sicurezza di tipo collettivo, mirata alla protezione dal rischio biologico anche dei lavoratori e, come tale, è considerata anche dal D.Lgs.626/94 che ha sancito le normative di legge che debbono regolare la scelta dei disinfettanti. Quello che è stato un disinfettante efficace nel passato non è detto che lo sia ancora: per averne la certezza è necessario continuare a dimostrarlo, aggiornando

le vecchie documentazioni presentate, con quelle vigenti prescritte dalla comunità Europea (EN...). UMONIUM^{38®} non solo è certificato in conformità a tutte le norme vigenti, ma viene sistematicamente ricertificato all'emanazione degli aggiornamenti.

Tanta sicurezza nei confronti del prodotto viene anche dalla severa analisi critica a cui è stato sottoposto e, per cui ha ricevuto un riscontro molto favorevole, da parte dell'ISPESL, settore del Ministero della Salute il cui obiettivo è proprio la tutela della salute dei lavoratori. UMONIUM^{38®} è stato giudicato, infatti, idoneo proprio grazie alla sua straordinaria efficacia biocida, coniugata ad una pressoché assoluta assenza di tossicità del prodotto, tanto da poter essere utilizzato nelle concentrazioni d'uso senza particolari dispositivi di protezione individuali.

alphadevice@alphadevice.it
www.alphadevice.it



**L'IGIENE NON È UN'OPINIONE.
È UNA QUESTIONE DI COMPETENZE**

Il problema dell'igiene e della prevenzione nei settori sanitario, ristorazione collettiva e recettività è di estrema attualità. Consapevole dell'importanza che l'"Igiene" deve avere ad esempio nei comparti a rischio delle strutture sanitarie, il Gruppo Magris mette a disposizione dei propri clienti le competenze della dott.ssa Cristina Zuccaccia, laureata in scienze biologiche con lode e attuale consulente per numerose Imprese di Servizi del settore sanitario. Dopo aver maturato un'approfondita esperienza sul campo, la dott.ssa C. Zuccaccia ha intrapreso una collaborazione col Gruppo Magris, divenendo Responsabile del Servizio di Laboratorio. Le attività di laboratorio sono rivolte indistintamente a tutti quegli enti pubblici o privati in cui l'igiene deve essere una priorità irrinunciabile: ospedali, case di cura, case di riposo, poliambulatori, cliniche private, etc. Nel comparto sanitario, uno dei servizi offerti dal Servizio Laboratorio, riguarda proprio l'igiene ambientale attraverso rilevamenti microbiologici ambientali di superficie ed aria al fine di redigere referti per la valutazione complessiva dell'igiene ambientale e del livello di professionalità degli operatori. Inoltre, il Consulente offre programmi di monitoraggio per le Imprese di Servizi per l'acquisizione di punteggio nelle gare d'appalto o l'ottenimento della certificazione di qualità.



Oltre all'igiene ambientale, il Servizio di Laboratorio del Gruppo MAGRIS è in grado di offrire alle strutture sanitarie e di accoglienza (ospedali, case di cura, residenze per anziani, piscine termali o di riabilitazione, terme) il monitoraggio della presenza di Legionella pneumophila negli impianti idraulici e redigere il relativo piano di valutazione del rischio e prevenzione da infezione. Anche in questo settore, la dott.ssa Cristina Zuccaccia ha realizzato approfonditi studi sulle modalità di annidamento del germe e i relativi interventi di bonifica e prevenzione. Non ultima, il Servizio di Laboratorio nutre una cospicua esperienza nel settore della ristorazione collettiva in materia di igiene degli alimenti (in riferimento all'applicazione del Metodo H.A.C.C.P.) e formazione degli operatori. In merito alla formazione appunto, è da sottolineare che la dott.ssa Cristina Zuccaccia è accreditata come formatore per operatori O.S.A. in Regione Umbria dove dal 2003 ha rilasciato oltre 2500 attestati di formazione validata.

www.magrisplanet.com

Al centro del mercato **Neue Stuttgart**

Medical Equipment and Solutions
Fiera specializzata | Congresso

Top Clinica

**Non tutto.
Non per tutti.
Il meglio.
Per le persone giuste.**

www.topclinica.de

**III La manifestazione top sul
"Sistema Clinica" a tutto tondo**

La TopClinica è una piattaforma nuova ed allestata per tutti gli offerenti di tecnologie mediche, prodotti medicali e servizi sul "Sistema Clinica". Oltre 150 espositori nazionali e stranieri offriranno a tutti i responsabili delle decisioni commerciali e mediche, provenienti dal settore clinico, un prestigioso forum internazionale con congresso specializzato - focalizzato, conciso ed efficace. Ulteriori informazioni sotto: www.topclinica.de

**III Nuova Fiera di Stoccarda
Germania
11-13 giugno 2008**

Partner per il congresso **Thieme** Verlaggruppe

Con la collaborazione di **SPECTARIS**

ISTRUZIONE PER GLI AUTORI

La rivista pubblica lavori originali, note brevi, lettere al Direttore e recensioni. I contributi sono pubblicati in lingua italiana e debbono essere accompagnati da un riassunto in lingua italiana e da un summary in lingua inglese, le parole chiave (e le "Key words") redatti secondo le modalità precisate oltre. L'accettazione dei lavori per la pubblicazione è subordinata al giudizio di "referees" nominati dall'ANMDO. I file dei lavori non pubblicati, non si restituiscono. Gli articoli vanno inviati in formato elettronico, pronti per la pubblicazione. Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente la responsabilità degli Autori, è riservata la proprietà di qualsiasi articolo pubblicato nella rivista e ne è vietata la produzione anche parziale senza citare la fonte.

LAVORI ORIGINALI

E' indispensabile inviare il testo dei lavori in formato elettronico sottoforma di allegato di posta elettronica. I lavori vanno inviati alla Segreteria A.N.M.D.O. (e-mail: anmdo.segreteria@virgilio.it) la cui sede è a Bologna c/o Direzione Medica Ospedaliera - Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico S.Orsola-Malpighi, Via Massarenti n° 9 - 40138 (Tel. e Fax 051 390512). E' necessario elaborare il testo con qualsiasi edizione di software Microsoft word, sia in ambiente operativo Dos che Macintosh. Dovranno essere chiaramente evidenziati: autori, titolo, nome del file, tipo di software utilizzato (word o wordstar) ed ambiente operativo. I lavori originali devono essere redatti secondo il seguente schema:

Introduzione - Materiali e metodi - Risultati - Discussione e conclusioni - Bibliografia.

La prima pagina del lavoro deve contenere: il titolo (in lingua italiana), i nomi degli Autori con le istituzioni di appartenenza, le parole chiave (e le "Key words") in numero da 3 a 5 (in lingua italiana ed inglese), il riassunto (ed il "summary"). Questi ultimi, preferibilmente compresi tra 100 e 200 parole (550 caratteri circa), devono sintetizzare gli scopi del lavoro, i risultati ottenuti e le principali conclusioni. Dopo la bibliografia, in calce all'ultima pagina, va indicato il nominativo, con relativo indirizzo, numero telefonico, fax o e-mail dell'Autore cui si possa fare riferimento per ogni comunicazione attinente la pubblicazione. Il corsivo va riservato soltanto alle parole latine; non a quelle in lingua straniera.

Eventuali figure devono essere fornite preferibilmente in formato jpg atto a consentire un'ottimale riproduzione fotografica. Le tabelle e le figure non devono di norma eccedere globalmente il numero di 5. Ogni tabella ed ogni figura vanno spedite su un file separato, numerate consecutivamente secondo l'ordine di citazione nel testo e corredata da titolo e/o didascalia. Tabelle e figure, provenienti da lavori precedentemente pubblicati, devono essere accompagnate dal permesso scritto di riproduzione da parte dell'Autore e dell'Editore. I lavori non conformi alle norme, per ovvi motivi organizzativi, non potranno essere presi in considerazione, né rinviati agli autori.

BIBLIOGRAFIA

Le voci Bibliografiche debbono essere citate nel testo, numerandole tra parentesi, e vanno elencate nella bibliografia in ordine alfabetico. Il titolo delle riviste deve essere abbreviato secondo lo stile usato nell'Index Medicus. Le voci bibliografiche devono essere redatte nel Vancouver Style (Br Med J 1982;284 : 1766-1770; Br Med J ed Ital 1988: 9:61-70). Esempi di alcune forme corrette di bibliografia sono dati di seguito:

Riviste

- Articolo standard (elencare tutti gli autori se in numero di 6 o inferiore a 6; se 7 o più elencare solo i primi 3 e aggiungere et al).

Dawber TR, Meadors GF, Moore FE. Epidemiologic approach to heart disease: The Framingham Study. Am J public Healt 1951; 41:279-86.

- Supplementi di Riviste

Frumin AM, Nussbaum J, Esposito M. Functional asplenia: demonstration of splenic activity by bone marrow scan (Abstract). Blood 1979; 54 (suppl. 1): 26 a.

Monografia

- Autore singolo - Eisen HN. Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of the immune response 5 th ed. New York : Harper and Row, 1974:406.

Saggio da opera collettiva (Capitolo di un libro)

La rivista è posta sotto la tutela delle Leggi internazionali sulla stampa.

Sanivap System

L'arte della Sanificazione



L'arte della sanificazione. Dove risponde
irresistibilmente alle esigenze di pulizia e
sanificazione in ambito professionale,
Rivoluzione e i principi del cleaning
massimo rispetto ai consumi energetici
che utilizzano la forza del vapore per

igienizzare tutte le aree della sanità.
Sistemi già utilizzati in centinaia di strutture
ospedaliere in Europa, creati per essere
semplici, sicuri e facili da usare (il primo
rispetto dell'ambiente
800.0421.20551)



IPC

IPC Integrated Professional Cleaning

www.ipcleaning.com



**SERVIZI
OSPEDALIERI** SPA
GRUPPO IMAUTENCOOP



Servizi Ospedalieri partnership per l'eccellenza

Prodotto e distribuito da Servizi Ospedalieri SPA

via Salaria 100 - 00198 Roma - Tel. 06/498111

Prodotto e distribuito da Servizi Ospedalieri SPA

via Salaria 100 - 00198 Roma - Tel. 06/498111

Prodotto e distribuito da Servizi Ospedalieri SPA

via Salaria 100 - 00198 Roma - Tel. 06/498111

Prodotto e distribuito da Servizi Ospedalieri SPA

via Salaria 100 - 00198 Roma - Tel. 06/498111