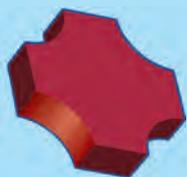


L'OSPEDALE

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



ANMDO

associazione nazionale medici direzioni ospedaliere

Periodico dell'ANMDO
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
MEDICI DIREZIONI OSPEDALIERE

postatarget
magazine

Tariffa Pagata: Magazine
Aut. DCB Centrale/PT Magazine
Aut. NAZ/185/2008
valida dal 26-03-2008

Posteitaliane

N° 4/08

ETICA

Un governo etico per le organizzazioni sanitarie

INNOVAZIONE

Innovazione, ricerca e sostenibilità

ORGANIZZAZIONE

Sostenibilità e consumi: lo sviluppo del SSN tra incoerenza e retorica

GESTIONE

Alcuni indicatori di appropriatezza di ricovero negli obiettivi di budget in Toscana

OSPEDALE E TERRITORIO

La rete ospedaliera e l'integrazione con il territorio

PROGRAMMAZIONE

Distribuzione diretta dei farmaci: l'esperienza dell'A.O. "G. Rummo" di Benevento

IGIENE OSPEDALIERA

Incidenza delle infezioni delle ferite chirurgiche. Risultati di uno studio condotto nella ASL10 di Firenze

PREVENZIONE

Lettura critica delle principali procedure adottate in sala parto per la prevenzione delle infezioni dall'apparato genitale materno

OSPEDALE E TERRITORIO

Ospedale e Territorio - L'Area Vasta

PREMIAZIONE POSTER

34° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.
"LA DIREZIONE SANITARIA PER LA CREAZIONE DEL VALORE"

ORIZZONTI



EDICOM

info@gsanews.it • www.gsanews.it



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 le vite dei pazienti e per aiutare milioni di persone in tutto il mondo. Leader mondiali nelle biotecnologie: diagnostica in vitro, oncologia, trapiantologia, anemia, virologia, nefrologia e reumatologia 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'AIDS, l'epatite, l'Alzheimer, l'artrite reumatoide ed il diabete. Grazie ai grandi progressi nella ricerca e alla sinergia 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 quante sono le persone. Noi continuiamo a cercare soluzioni individuali.



We Innovate Healthcare

www.roche.it

PULITO. SICURO. EFFICIENTE.



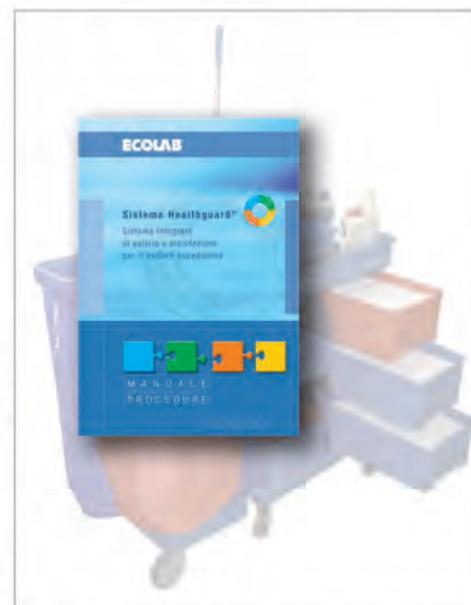
LA TUTELA DELLA SALUTE DEI PAZIENTI ATTRAVERSO LA PREVENZIONE DEI RISCHI D'INFEZIONE



Dove: tutti i pavimenti, le superfici e gli arredi in ospedale



Chi: 5.000 clienti in Europa



Come: abbattimento del 79% della carica batterica



Sistema Healthguard®

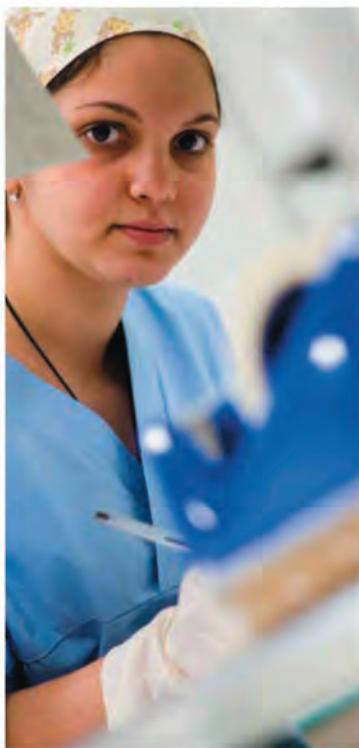
Sistema integrato di procedure di pulizia e disinfezione basato su un metodo esclusivo Ecolab e certificato da una primaria Università italiana.

Pulito - garantire un ambiente pulito e disinfettato che dia tranquillità a pazienti ed operatori

Sicuro - minimizzare il rischio di infezioni grazie a prodotti e sistemi particolarmente efficaci

Efficiente - conseguire elevatissimi livelli di produttività con l'utilizzo del Sistema HealthGuard

Conoscere Omasa oggi



Per conoscere l'intera gamma di soluzioni, sistemi e logiche per la sterilizzazione più evoluta dello strumentario chirurgico.



www.omasait

Sede Legale e Amministrativa
Via G. Calvino, 33 - 44100 Ferrara
Tel. (+39) 0532-599716 - Fax (+39) 0532-773800

Uffici
Via Zucchi, 38 - 20052 Monza
Tel. (+39) 039-2326290 - Fax (+39) 039-2319558



SOMMARIO

L'OSPEDALE - Periodico Trimestrale dell'ANMDO Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere Fondato dal Prof. Pino Foltz Anno 61 - Numero 4 - ottobre-dicembre 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. Brusafiero, 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. Pellicano, R. Predonzani, A. Rampa, G. Schirripa, D. Stalteri, M.A. Vantaggiato

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

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



Istituto Ortopedico Rizzoli, Bologna

Un governo etico per le organizzazioni sanitarie

Daniele Bosone

8

Innovazione, ricerca e sostenibilità

Ugo Luigi Aparo, Gianfranco Finzi, Gabriele Pelissero

12

Sostenibilità e consumi: lo sviluppo del SSN tra incoerenza e retorica

Salvatore Paolo Cantaro

18

Alcuni indicatori di appropriatezza di ricovero negli obiettivi di budget in Toscana

Fabrizio Gemmi

24

La rete ospedaliera e l'integrazione con il territorio

Giacomo Corsini, Chiara Gherardeschi, Cinzia Lupi, Daniele Mannelli

28

Distribuzione diretta dei farmaci: l'esperienza dell'A.O. "G. Rummo" di Benevento

Federica D'Agostino, Concetta Goglia, Angela Pasquariello, Walter Longanella, Assunta Racca, Michele Rossi, Rosario Lanzetta, Pasquale Ferro

36

Incidenza delle infezioni delle ferite chirurgiche. Risultati di uno studio condotto nella ASL10 di Firenze

Anna Patrizia Poli, Pierluigi Tosi, Angiolo Baroni, Irene Ruffino, Alessandro Barchielli, Francesco Mandò, Carmina Cairo

42

Lettura critica delle principali procedure adottate in sala parto per la prevenzione delle infezioni dall'apparato genitale materno

Paola Serafini, Lorena Charrier, Carla Zotti, Grace Rabacchi

48

Ospedale e Territorio - L'Area Vasta

Alberto Appicciafuoco

58

34° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O. "LA DIREZIONE SANITARIA PER LA CREAZIONE DEL VALORE"

Gianfranco Finzi

64

Direzione e monitoraggio legislativo regionale NeD: una risposta all'esigenza di aggiornamento normativo per la Direzione Sanitaria

Paolo Silvio Bruni, Silvio Falco

74

ORIZZONTI

76



F1

F2

F3

F4

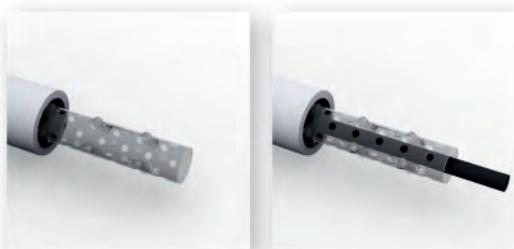


Hello!!

> EW2

Lavaendoscopi

- > per tutti i tipi di endoscopi flessibili e rigidi
- > conforme alle normative ISO 15883-1
ISO 15883-4
- > trattamento simultaneo fino a due endoscopi flessibili
- > versione a porta singola o passante con doppia porta interbloccata
- > ciclo di disinfezione inferiore a 20 minuti



- > La macchina utilizza un sistema brevettato che permette una efficace detersione e disinfezione di tutta la superficie dello strumento.

ulteriori informazioni:
www.steelcospa.com



devoted to hygiene



“For the Environmentally conscious”





COOPERATIVA
L'OPEROSA

da oltre **50** anni al
servizio della qualità

Esperti nello svolgimento di servizi di igiene ambientale e sanificazione in ambito sanitario

Applicazione meticolosa
di consolidate procedure
di igienizzazione e
sanificazione;

interventi manuali e
meccanizzati effettuati
con l'ausilio delle più
efficaci e innovative
soluzioni tecniche;

dinamismo e flessibilità
nell'erogazione
dei servizi.



**L'alveare
dei
servizi**

Altri principali servizi offerti:

Pulizie civili e
industriali

Gestione Parcheggi e
Sosta su strada

Gestione e
Manutenzione Verde

Servizio Ambientali e
Trattamento rifiuti

L'Operosa s.c.a.r.l.

Via Don Minzioni 2 - Cadriano di Granarolo dell'Emilia (BO)
Tel. 051/ 60 47 600 - Fax 051/ 60 47 699 - info@operosa.it - www.operosa.it

Un governo etico per le organizzazioni sanitarie

Riassunto

Il sistema sanitario di una nazione può condizionare la dignità umana e in ultima analisi la concezione del Bene Comune, intersecando l'idea stessa di società. Nella liberista America l'eccellenza delle cure non è a disposizione di tutti; anzi l'accesso alle cure è una delle maggiori discriminanti sociali; nell'Europa contemporanea prevale un sistema maggiormente improntato all'accesso universalistico alle cure dentro un sistema di welfare molto forte.

La crisi economica in arrivo, se non sarà temperata da un'intensa riscoperta dei valori tipici del solidarismo, porterà all'esplosione anche di conflitti sociali i cui effetti sono difficili da prevedere. Serve più senso della comunità, la riscoperta dello stare insieme anche a costo di sacrificare talora qualche egoismo. Un'organizzazione universalistica e solidale per ben funzionare deve accompagnarsi a una fortissima etica della responsabilità. Non esiste solidarietà se non dentro una visione responsabile del proprio ruolo.

Bisogna combattere l'inappropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri non con tagli indiscriminati ma con controlli più accurati, allocando più risorse per prendere in carico la cronicità legata all'età, in aumento nei Paesi occidentali. Non dobbiamo ridurre la spesa sanitaria – che tra l'altro non è certo fra le più alte in Europa –, semmai aumentarla, ma con la certezza dell'ottimo utilizzo delle risorse investite.

Daniele Bosone

Senato della Repubblica Italiana, 12ª Commissione permanente (Igiene e sanità)

Nel definire il livello di civiltà di un Paese, il modo con cui si organizza un sistema sanitario è elemento essenziale. Il diritto alla salute è considerato nell'era moderna un diritto fondamentale. In Italia tale diritto è sancito dalla Costituzione per tutti i cittadini, senza distinzione alcuna.

Dal punto di vista valoriale non si può negare quanto il sistema sanitario può condizionare la dignità umana e in ultima analisi la concezione del Bene Comune, intersecando l'idea stessa di società.

Oggi che viviamo una fase particolarmente critica per la tenuta

del tessuto economico e sociale, la questione di coniugare i mezzi con i fini, tecnica ed etica, diventa fondamentale.

Il tema che mi è stato assegnato attiene all'organizzazione dei sistemi e quindi più che altro dobbiamo concentrarci sui mezzi e sui fini, tenendo presente che non esiste un'etica di valore universale cui informare tutti i comportamenti, ma esistono diversi modelli etici da cui discendono diverse modalità di organizzare la comunità sociale e quindi anche il sistema delle cure.

Ad esempio, una società può chiedersi se le risorse impiegate

debbano essere finalizzate alla guarigione, trascurando quindi la cura dei casi considerati disperati, ovvero la cronicità della patologia nell'anziano. La risposta a noi appare ovvia, ma in società a forte connotazione individualistica e utilitaristica, magari con poche risorse a disposizione, inevitabilmente la sanità pubblica finirebbe per restringere molto il suo ambito d'azione o in senso qualitativo (cure di scarsissima qualità per tutti) o in senso quantitativo (cure mirate ai pazienti con patologia sicuramente guaribile). È chiaro che questo modello comporta una netta distinzione fra chi singolarmente ha i mezzi per garantirsi la completezza delle cure e chi non li ha, prevedendo una società a due velocità. Di più, il diritto alla salute come previsto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità non sarebbe più un diritto ma diventerebbe un privilegio.

Del resto nella liberista America, ove il sogno americano è legato alla realizzazione dell'individuo e non della comunità sociale in cui egli vive, sappiamo benissimo che l'eccellenza delle cure non è a disposizione di tutti; anzi l'accesso alle cure è una delle maggiori discriminanti sociali, da più parti ormai messa in discussione anche perché la spesa pubblica americana per la sanità non è neppure bassa e sembra ormai in fase di crescita un'idea più solidale della società stessa capace di garantire maggiore eguaglianza. Nell'Europa contemporanea ha invece prevalso un sistema mag-


PAROLE CHIAVE:

Sistema sanitario, governo etico, organizzazione, società

giornamente improntato all'accesso universalistico alle cure dentro un sistema di *welfare* molto forte ora visto come bilanciamento a un sistema economico di stampo liberale (vedi Stati del Nord), ora invece come parte integrante di un sistema più solidaristico (come ad esempio in Italia).

Del resto un sistema sanitario di impostazione solidaristica, basato sulla fiscalità generale è anche una modalità per la redistribuzione del reddito dentro lo Stato.

In Italia 30 anni fa è stata data consequenzialità al principio di accesso universalistico alle cure previsto dalla Costituzione, attraverso l'ormai famosa legge 833 del 1978. Con questa legge veniva istituito il Sistema sanitario nazionale, rispondente a un'etica di tipo solidaristico. Nei 30 anni che sono passati il nostro Sistema sanitario si è molto evoluto e perfezionato, introducendo via via sia miglioramenti organizzativi (pensiamo alla rete dell'emergenza-urgenza con l'istituzione del 118, al cambiamento della figura del medico di base, agli investimenti destinati alla modernizzazione dell'edilizia ospedaliera, alla tanto discussa regionalizzazione della sanità) sia tentativi di razionalizzazione della spesa (pensiamo al processo di aziendalizzazione avviato con la 502 e all'introduzione del rimborso in base DRG).

Tuttavia i pilastri fondamentali del nostro sistema non sono mai cambiati: viene da chiedersi se sono ancora attuali, se corri-

spondono a un senso etico ancora condiviso.

In diversi settori della società, infatti, si è assistito negli ultimi anni a un intenso processo di secolarizzazione della società, cioè alla tendenza a considerarsi come autosufficienti e autoreferenziali, concependo la propria libertà non con riferimento ad altri (cioè a una comunità in cui si vive) ma con riferimento al proprio bisogno o, peggio, al proprio desiderio. Si è sostituito progressivamente il concetto di bene comune con quello di bene individuale. Questo pensarsi come "monade" autosufficiente ha portato via via alla malcelata sopportazione per le regole di convivenza (non più riconosciuta come bene), alla rincorsa senza limiti del successo, all'efficientismo come ideologia di affermazione di sé con disprezzo spesso delle altrui esigenze, alla considerazione del primato dei processi tecnico-economici su quelli socio-culturali. Errore. Frutto di questo secolarismo privo di veri valori morali di riferimento, ha portato alla frammentazione della società a partire dalle famiglie, alla solitudine, alle nuove povertà e non ultimo alla grande crisi dell'onnipotenza finanziaria che stiamo vivendo, con tutte le ripercussioni economiche che subiremo nei prossimi mesi. E guardate che il rischio è che la crisi economica in arrivo, se non sarà temperata da un'intensa riscoperta dei valori tipici del solidarismo, porterà all'esplosione anche di conflitti sociali i cui

effetti sono difficili da prevedere. Serve più senso della comunità, la riscoperta dello stare insieme anche a costo di sacrificare talora qualche egoismo.

Il secolarismo ha influito anche sul nostro sistema sanitario. L'idea che la vita sia sempre nella nostra disponibilità da una parte e gli incredibili progressi della tecnologia dall'altra, hanno portato a pensare che o non si deve mai morire o che si può morire quando e come si vuole, come se la concezione etica di "guarigione" si fosse man mano sostituita a quella di "cura". Questo fatto, rimuovendo l'evento esistenziale, induce un'attesa smisurata appunto di guarigione da parte del paziente e un senso di onnipotenza da parte del medico. Nella perdita del senso vero del rapporto medico-paziente forse sta il cuore di tanti contenziosi che passano spesso genericamente sotto il nome di "malpractice".

Lo stesso processo di aziendalizzazione ha subito spesso una sua radicalizzazione, privilegiando talora il risultato economico rispetto alla qualità delle cure alla persona ed emarginando il ruolo del medico, spesso costretto solo a fare *budget* dentro un meccanismo che poco ha a che fare con una corretta professionalità, peggiorando ulteriormente il rapporto medico-paziente; la "cura" del paziente ha bisogno di tempo. Ci si deve chiedere se sia etico retribuire i manager della sanità come si fa con quelli dell'industria manifatturiera, premiando il raggiungimento del risultato economico rispetto ad un equilibrio che veda da una parte l'accorto utilizzo delle risorse, ma dall'altro anche l'attenzione alla qualità del servizio, ivi compresa la valorizzazione del capitale umano. Anche qui il problema vero è considerare

la persona al centro del “sistema” e non il sistema come fine mettendo in secondo piano i soggetti fondamentali che lo animano: medici e pazienti. Bisogna cioè stare attenti che su un sistema nato da un’impronta solidaristica si inseriscano eccessivi elementi di utilitarismo che man mano finirebbero per snaturarlo.

L’altro grande problema etico, sempre rispetto al riferimento universalistico, è l’organizzazione su base regionale del sistema sanitario in parziale attuazione del titolo V della Costituzione. Dovendo garantire in teoria uguale accesso alle cure a tutti i cittadini, il decentramento organizzativo è stato fortemente bilanciato da una forte centralizzazione delle risorse da trasferire e dalla politica dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Tuttavia ciò non ha impedito che di fatto si creassero notevoli disparità fra Regione e Regione con una netta differenza fra nord e sud del Paese, con una intensa migrazione di pazienti verso il Nord. Ciò non corrisponde sicuramente ai principi ispiratori della legge 833. È sicuramente necessario introdurre velocemente dei correttivi per evitare che gli egoismi territoriali prevalgano; alle soglie del dibattito sul federalismo fiscale – che prevede che le risorse da impiegare per la sanità siano direttamente reperite e trattate a livello locale – il tema mi pare molto attuale, in quanto, se non si introducono adeguati meccanismi di perequazione e di controllo centralizzato, le differenze rischiano di aumentare. Per questo i LEA rimangono una grande garanzia di eguale accesso alle cure ed è sbagliato immaginare di restringere la quantità e la qualità delle prestazioni che devono essere erogate ai cittadini a spese del Servizio sanitario

sia esso nazionale che, in futuro, regionale. Così facendo si rischia di passare alla sanità privata non accreditata parte della diagnostica, gravando o sulle tasche dei cittadini, o degli Enti locali che dovrebbero pagare ai bisognosi le prestazioni diagnostiche non più garantite dallo Stato.

D’altra parte la pessima conduzione della spesa sanitaria in alcune Regioni impone una forte riconsiderazione sulla responsabilità degli amministratori che si sono succeduti, ma anche sulla totale mancanza di un serio monitoraggio centrale di quello che stava accadendo in periferia. I piani di rientro e i commissariamenti promossi dal governo Prodi sono arrivati tardi, come si dice, a stalle (e a casse) ormai vuote e con tutte le relative difficoltà a rispettarli.

Non corrisponde certo ad alcun principio etico che nelle Regioni dove la spesa sanitaria pro-capite è la più alta il servizio sia anche il peggiore.

Capiamo quindi bene come un’organizzazione universalistica e solidale per ben funzionare deve accompagnarsi a una fortissima etica della responsabilità. Non esiste solidarietà se non dentro una visione responsabile del proprio ruolo, fortemente orientata al rispetto del bene comune più che dell’interesse o dell’obiettivo, soprattutto se questo si pone fuori dalla legalità. In un sistema solidale lo spreco delle risorse derivanti dalla fiscalità generale si trasforma in meno prestazioni e ridotta qualità, provocando un danno enorme alla comunità.

Nel sistema utilitaristico il rapporto è diretto fra erogatore della prestazione (medico o altro) e fruitore pagante (paziente), ovvero al massimo mediato dal sistema assicurativo privato, ma

mai mediato dal Sistema sanitario nazionale alimentato dalla fiscalità generale. Il controllo è quindi immediato e ferreo una volta che il rapporto è accettato. Nel sistema europeo è cruciale invece l’esercizio dei controlli e purtroppo è quello che è venuto a mancare, lasciando alle Regioni il compito di controllare se stesse. Alcune l’hanno fatto, altre meno e comunque ci sono stati buchi enormi. Anche Regioni considerate virtuose come la Lombardia hanno avviato tardivamente e solo parzialmente il meccanismo dei controlli. Avendo però avviato negli anni passati una forte politica di accreditamento del privato sanitario e in presenza di un’etica della responsabilità non sempre cristallina, si sono verificati i casi ben noti di truffa, su parte dei quali le indagini sono ancora in corso. Ci si dimentica che le risorse (anche quelle proprie lombarde) con cui le aziende pubbliche o private sono remunerate, sono sempre derivate dalla fiscalità generale. Insomma luci e ombre. Ma intanto, quante risorse vengono buttate per l’inappropriatezza delle prestazioni eseguite magari non per dolo ma solo per leggerezza o anche per paura (sanità difensiva)?

Non solo gli amministratori, ma anche i singoli dirigenti medici dovranno attenersi a un codice etico ben preciso se vogliamo evitare sprechi e soprattutto se vorremo liberare risorse da dedicare alle nuove tecnologie e alla “cura” a tutto tondo dell’anziano e del malato cronico.

Nel nostro Sistema sanitario abbiamo una responsabilità in più rispetto a quelli di tipo utilitaristico o collettivistico dove la persona è sovrastata dal sistema e non esiste più: abbiamo la responsabilità del bene comune. Allora, sicco-

me l'esercizio della responsabilità personale in vista di una più ampia visione comunitaria della vita non viene proprio naturale a tutti, inserire meccanismi precisi di controllo a livello aziendale, regionale e nazionale diventa oggi imprescindibile se vogliamo conservare il nostro bel Sistema sanitario. Ecco perché vediamo con estremo favore il fatto che il governo attuale abbia accolto la proposta dei parlamentari democratici di trasformare l'agenzia dei servizi sanitari regionali in organismo nazionale di monitoraggio e controllo delle spese regionali, cercando di armonizzare i costi ma anche le prestazioni verso uno standard sia infrastrutturale che funzionale accettabile in tutti i territori del nostro Paese.

Un sistema ulteriore, che a me non dispiacerebbe, per combattere la piaga dell'inappropriatezza e la combinazione fra più rigidi criteri per l'accreditamento delle strutture private da una parte (impedendo ad esempio che vi sia un'assunzione dei medici pagati a prestazione) e una revisione del sistema di remunerazione delle prestazioni da ricovero che abbinati il sistema DRG a un sistema di misurazione della qualità della struttura ospedaliera (recettività, qualità alberghiera, qualità tecnologica, liste d'attesa brevi, bassa percentuale di infezioni ospedaliere, migliore *outcome* medico o chirurgico, etc.). Ciò porterebbe al superamento meramente quantitativo della remunerazione. Il principio "più faccio, più guadagno e non mi importa né di come faccio né di come tratto il paziente" non è sicuramente etico. Anche qui la valutazione qualitativa ci permetterebbe di controllare meglio e di premiare gli istituti virtuosi, quelli che investono per migliorare davvero la qualità della

sanità e quindi della convivenza nella propria comunità civile.

In conclusione: i 30 anni del nostro Sistema sanitario nazionale mi sembrano assolutamente ben portati e, nonostante i limiti evidenziati, è considerato ancora uno dei migliori al mondo e il secondo in Europa. Ha saputo negli anni evolvere e modernizzarsi con attenzione crescente al contenimento della spesa, ma senza mai venir meno all'etica solidaristica e universalistica che io ritengo vincente, a maggior ragione in una fase di incertezze così cruciali per la nostra società. Mantenere per tutti la certezza di essere almeno curato nel migliore dei modi possibili, facendosi carico anche delle fragilità emergenti è veramente un patrimonio ineguagliabile, una straordinaria forma di coesione sociale. Ecco perché il medico è operatore sociale prima ancora che operatore tecnico o economico. Questo sistema con i costi e le esigenze crescenti potrà mantenersi solo aumentando il livello di responsabilità individuale da parte di tutti gli operatori coinvolti. Più alta è la solidarietà, più alta deve essere la responsabilità. Bisogna combattere l'inappropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri non con tagli indiscriminati ma con controlli più accurati, allocando più risorse per prendere in carico la cronicità legata all'età, in aumento nei Paesi occidentali. Non dobbiamo ridurre la spesa sanitaria – che tra l'altro non è certo fra le più alte in Europa –, semmai aumentarla, ma con la certezza dell'ottimo utilizzo delle risorse investite.

Non mi aggiungo certo al coro delle cassandre anche governative che stanno suonando con diverse intonazioni il *de profundis* al nostro sistema sanitario rite-

nendolo inadeguato, ma non si capisce se e con quale idea lo si voglia sostituire. Spero solo non lo si voglia uccidere piano piano, introducendo in modo surrettizio principi utilitaristici ormai superati anche in paesi liberisti come gli USA. Noi siamo mille miglia più avanti. Dobbiamo solo spendere meglio e in modo più responsabile, garantendo a tutti i cittadini italiani da Crotone fino ad Aosta i migliori livelli di assistenza sostenibili a costi standard e verificabili.

Cari colleghi, solo così potremo sostenere nel tempo questa nostra organizzazione sanitaria che io ritengo ancora essere la migliore e la più etica possibile, se riusciremo ad amarla un po' di più e a trattarla con il rispetto e il senso di responsabilità dovuti.

Innovazione, ricerca e sostenibilità

Riassunto

Gli autori evidenziano le scelte e le azioni inderogabili necessarie per assicurare la sostenibilità del sistema sanitario nazionale e sottolineano il ruolo fondamentale che le Direzioni Sanitarie sono chiamate a svolgere.

Ugo Luigi Aparo*, **Gianfranco Finzi****, **Gabriele Pelissero*****

*Direzione Sanitaria - Istituto Dermatologico dell'Immacolata - IRCCS Roma

**Direzione Medico Ospedaliera - Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, Policlinico S.Orsola-Malpighi

*** Direzione dell'IRCCS Policlinico San Donato - Milano

La tematica è appassionante e si cala in un contesto in cui, dopo anni d'oblio e di strisciante riflusso, le passioni sono ritornate. Dirompenti e feconde, generose e violente, stimolanti e pericolose, le passioni s'impongono nuovamente come grandi protagoniste sulla scena politica di un mondo costantemente sull'orlo di planetarie crisi di nervi. Un mondo che non avanza di un passo nella soluzione di problemi ultradecennali (l'emergenza ambientale; la fame dei paesi poveri; la distribuzione delle ricchezze; la sfida energetica), mentre viene terremotato da mutamenti epocali finora inimmaginabili (l'effetto serra; lo tsunami dell'immigrazione). Dacché la sconvolgente implosione creata dai mezzi di comunicazione ha abolito distanze imperanti da millenni e cancellato la differenza tra "noi" e "loro" nel villaggio globale del profeta Marshall Mc Luhan, volenti o nolenti, come ha recentemente ricordato Massimo Di Forti (1), immersi in una rete mediatica senza confini, siamo una sola famiglia umana. Una famiglia certamente tutt'altro che unita e meno

che mai pacificata, ma "costretta" a confrontarsi con le proprie contraddizioni, iniquità, conquiste, splendori e nefandezze, accantonando gli alibi delle separazioni geografiche di un tempo.

Nell'ambito di questo scenario operano le organizzazioni.

Il fine ultimo di qualsiasi organizzazione è la creazione di ricchezza in modo continuo e crescente nel tempo. Ricchezza intesa come valore complessivo - economico, politico e sociale- e non come semplice valore monetario.

La creazione continua del valore garantisce lo sviluppo e la sostenibilità, assicurando la possibilità di soddisfare, secondo modalità diverse, le esigenze sia degli shareholders, ovvero degli azionisti, sia degli stakeholders, ovvero di tutti i soggetti, fisici e giuridici, che hanno un interesse o sono coinvolti dalle attività dell'organizzazione stessa. Un'azienda intesa come organizzazione, non importa se sia o meno a fine di lucro, crea valore quando ha come obiettivo strategico primario la sostenibilità, intesa come la capacità di continuare a svolgere in-

definitamente le attività dettate dalla propria visione e missione, tenendo in debito conto il loro impatto sul capitale sociale e umano.

Questi concetti valgono anche per le organizzazioni sanitarie e tutti i sistemi sanitari dei Paesi sviluppati sono consapevoli sia della necessità della sostenibilità, sia dell'incombere di grandi criticità sulla tenuta economica e operativa delle proprie organizzazioni. I due aspetti non possono essere separati. I fattori di criticità esistenti si ripercuotono sulla sostenibilità del sistema.

Lo scenario epidemiologico nei Paesi maggiormente evoluti è radicalmente cambiato negli ultimi cento anni. La mortalità per malattie infettive è andata declinando. La popolazione all'inizio del XXI° secolo si presenta invecchiata, affetta da cronicità e disabilità, ma con un aumento della speranza di vita e una prospettiva reale di progressivo spostamento nel tempo della condizione di disabilità.

Si ha a che fare con una nuova generazione di "clienti". Sono sempre più informati. Non percepiscono più la salute come assenza di malattia, bensì come ricerca di livelli più alti di benessere.

Ciò comporta che la domanda di prestazioni è destinata ad ampliarsi enormemente in una popolazione che tollera sempre meno riduzioni anche minime della propria funzionalità, che vuole mantenere l'insieme degli organi e degli apparati nella migliore condizione fisiologica contrastando l'invecchiamento, che non accetta più il decadimento psico-fisico e, al limite, la stessa morte,

**PAROLE CHIAVE:**

Innovazione, ricerca, sostenibilità, direzione sanitaria

come inevitabili eventi naturali. Se questa è la situazione che cosa succederà nei prossimi decenni? Sicuramente i baby boomers colpiranno ancora. Non più con le proteste di piazza, ma con gli acciacchi della loro vecchiaia. Sono tanti, una concentrazione di età e di patologie di cui occorre tenere conto. Il partito di maggioranza presente nella maggior parte delle assemblee dei paesi industrializzati è al giorno d'oggi quello dei prostatici. Al contempo la maggior parte degli studiosi concordano sul fatto che nelle società sviluppate, a meno di un drammatico collasso generale del tipo profetizzato per il 21 dicembre 2012 dagli antichi Maya (2), la vita media si allungherà ulteriormente fino a raggiungere ragionevolmente un traguardo intorno ai 100/110 anni nei prossimi 10/30 anni. Se l'allungamento della vita è in qualche modo probabile, è più problematico prevedere le condizioni di salute in cui si troverà la popolazione anziana. Sarà una società di disabili cronici sempre più gravi, o sarà una società capace di prolungare anche il mantenimento di ragionevoli condizioni di salute e di sufficiente autonomia? La risposta a questa domanda cruciale deriva dall'evoluzione scientifica e tecnologica, ma anche dalle scelte politiche ed economiche. Il sistema economico dell'assistenza sanitaria sta cambiando in modo sempre più evidente e accelerato. Sono presenti forze nuove, intense, chiaramente identificabili. La tecnologia è una benedizione e

un problema allo stesso tempo. Dieci anni fa un'operazione di cataratta richiedeva un'ospedalizzazione di una decina di giorni. Oggi è un intervento che si esegue in Day Care o addirittura in ambulatorio. Al contempo si assiste al fenomeno del "paradosso tecnologico sanitario" per cui mentre si è soliti considerare all'interno di un omogeneo comparto produttivo la corrispondenza tra innovazione tecnologica ed effetto contrattivo dei costi diretti e indiretti, in ambito sanitario avviene esattamente il contrario. Assistenti a una pressante domanda di prestazioni che nessuna politica sanitaria e nessuna critica teorica è in grado di arrestare. Il grande sviluppo delle tecnologie strutturali, diagnostiche, farmacologiche e della tecnica terapeutica iniziato negli anni '50 dello scorso secolo non è affatto concluso e ha tuttora importanti margini di crescita. Ciò che si affaccia all'orizzonte è un nuovo e radicale salto di qualità nella medicina di portata pari, se non superiore, all'introduzione degli antibiotici o dell'anestesia, avvenute nel secolo XX°. La prospettiva della medicina comparativa e personalizzata, che oggi intravediamo nella genomica, nell'ingegneria tissutale, nella biologia molecolare più avanzata, modificherà fra qualche decennio il nostro stesso modo di concepire la realtà. Si parla già e si parlerà sempre più in futuro di medicina predittiva. L'obiettivo della medicina predittiva è quello d'individuare dei tracciatori biologici che consentano

di evidenziare i soggetti ad alto rischio di malattia. Se la ricerca avrà successo, di certo si potrà migliorare la vita di molti pazienti, tenendo in debito conto i problemi etici e di privacy che dovranno essere risolti. Occorre però tenere anche in considerazione l'impatto economico di tale medicina. Prevedere eventuali patologie significa ricorrere in modo molto più intensivo e frequente a controlli, test e analisi. La medicina predittiva ha tutte le caratteristiche per accentuare nei fatti il problema della distanza crescente fra ricavi e costi della medicina.

Si assiste alla crescita continua della competizione fra attori del sistema dell'assistenza sanitaria. Una competizione che supera i confini nazionali. Il turismo sanitario è una realtà di cui si devono tenere presente dinamiche e conseguenze. Sempre presente l'attenzione ossessiva ai flussi di cassa. I costi non coincidono con i rimborsi. La distanza fra i due continua a crescere nel tempo mentre non diminuiscono le attese nei confronti della qualità dell'assistenza sanitaria, della riduzione, o meglio eliminazione, degli errori e della sicurezza dei pazienti.

Anche se non viene annoverata in modo immediato nell'insieme delle forze economiche, la crescente complessità dei protocolli di diagnosi e cura ha un impatto forte sulla struttura e sul volume dei costi.

Si fa un gran parlare della necessità di operare "cambiamenti con soluzione di continuità." Grandi proclami sono stati fatti perché "le istituzioni di pubblico servizio... gli ospedali... hanno necessità di essere imprenditoriali e totalmente innovativi come devono essere tutti i business." In molti conoscono la famosa citazione dal libro di Peter Drucker "Innovazione e Imprenditorialità: Principi e Pratiche" (3): "I rapidi cambiamenti in atto nella società,

tecnologia ed economia avvengono in modo simultaneo e sono allo stesso tempo un grande pericolo ed una ancora maggiore opportunità". A parte le grandi dichiarazioni e le dotte citazioni, cosa si può e si deve fare?

Il sistema sanitario italiano, analogamente ai sistemi sanitari dell'Unione Europea, continua a confermare con forza, la missione fondamentale di tutelare la salute della popolazione tramite prevenzione, cura e riabilitazione, senza limiti dichiarati.

Ciò comporta, conseguentemente, il diritto per ogni cittadino di fruire di tutte le prestazioni occorrenti al proprio benessere. Il costo attuale della Sanità nel nostro paese corrisponde quindi, con ovvia approssimazione, ad un volume e una articolazione di prestazioni capace di produrre il livello di salute raggiunto e rispondere alla domanda espressa.

Quanto costa tutto ciò?

Esaminando la spesa sanitaria totale nazionale in percentuale sul Prodotto interno lordo (PIL), considerando la sola spesa pubblica, si può osservare per l'Italia una dinamica in crescita non impetuosa allineata alle medie europee.

Il problema dei costi del sistema sanitario non parrebbe pertanto assumere connotati esplosivi.

Eppure contiene in sé e fuori di sé, alcuni importanti fattori di criticità.

Un grave fattore di criticità interno è il determinarsi di sistematici disavanzi fra consuntivo e previsione di spesa, disavanzi che si determinano in modo poco trasparente e che generano fra le Regioni tensioni non sostenibili nel medio periodo. Il fattore esterno più rilevante deriva dal disavanzo complessivo della finanza pubblica in quanto anche la spesa sanitaria è chiamata a fornire il proprio contributo per rimettere la nostra finanza pubblica nel breve periodo sul sentiero del

riequilibrio.

Nel medio-lungo periodo la prospettiva muta con il mutare delle condizioni epidemiologiche e dell'evoluzione dell'offerta connessa allo sviluppo scientifico e tecnologico.

Kenneth Rogoff (4) ha sintetizzato l'opinione di eminenti economisti americani, secondo i quali "la spesa sanitaria, che rappresenta già una fetta dell'economia statunitense pari al 16%, salirà fino al 30% del PIL di qui al 2030, fino forse ad avvicinarsi al 50% più avanti. Altri paesi ad alto e basso reddito, anche se oggi mediamente spendono per la salute solo la metà di quello che si spende in America, si attesteranno su percentuali non dissimili".

Si tratta di ipotesi connesse con una previsione oggi molto approssimativa dell'impatto economico derivante dall'applicazione della medicina riparativa e predittiva, ma è indubbio che l'evoluzione qualitativa dell'offerta non potrà che spingere in alto la spesa sanitaria.

Il rischio di non essere più in grado di mantenere un'offerta di prestazioni sanitarie adeguate ad un paese sviluppato è dunque concreto.

L'opinione pubblica si sta dimostrando capace di esporre i sistemi sanitari dei paesi evoluti a sollecitazioni e tensioni crescenti, tali da porre seri problemi di sostenibilità. In particolare attraverso due modalità.

La prima è rappresentata dall'evidente e crescente duplicità nelle aspettative generali in materia di welfare. Da un lato, infatti, l'opinione pubblica dei paesi occidentali reclama una riduzione della pressione fiscale e dall'altro ha interiorizzato l'esistenza di un diritto assoluto, o quasi, alla salute.

Il secondo aspetto riguarda l'enorme dilatazione della conflittualità fra la popolazione da un lato e il mondo medico e il sistema sanitario dall'altro.

Il vero problema è che formulare accuse non costa nulla ai pazienti o ai loro congiunti, e che l'industria della lite attira molti legali, diciamo disinvolti, e tende a configurarsi come una vera e propria caccia all'errore medico. Questo porta ad un atteggiamento professionale diffuso che da un lato determina l'instaurarsi della così detta "medicina difensiva" e dall'altro provoca il rifiuto, ovviamente non dichiarato come tale, del caso più complesso, del paziente difficile, dell'intervento più rischioso.

Se non si troveranno modalità opportune per arginare i danni professionali ed economici di questa deriva, si porrà un problema di sostenibilità di sistema molto serio.

E' urgente depenalizzare gli errori medici senza peraltro dimenticare che nell'attuale pratica clinica, indipendentemente dalla nazione, il numero di errori è comunque inaccettabile.

La ricerca di modi per ridurre il costo dell'assistenza sanitaria passa attraverso il miglioramento drastico nell'erogazione dei servizi. Gli errori implicano conseguenze spesso gravi per la salute del paziente ed un costo, diretto ed indiretto, non sostenibile e giustificabile agli azionisti e alle parti in causa. La sicurezza, la riduzione degli errori e la qualità sono finalmente assurti ad un ruolo fondamentale nel dibattito in corso sulle modalità e sviluppo dell'assistenza sanitaria. Bisogna però fare attenzione a non lasciarsi suggestionare dalle sirene del business che tendono a indirizzare gli sforzi esclusivamente nella direzione di nuove acquisizioni tecnologiche. Occorre sempre ricordare che il fattore essenziale per la prevenzione degli eventi avversi è il capitale umano. Ed è in questa direzione che bisogna agire, depenalizzando gli errori e adottando strumenti manageriali adatti alla gestione dei

sistemi complessi superando una volta per tutte vecchie logiche di sistemi gestionali burocratici e tenendo chiaramente presente che non può esserci una valida capacità di gestione degli eventi avversi all'interno di organizzazioni basate sul comando e sul controllo in un contesto punitivo (5).

La medicina traslazionale, altro approccio innovativo, che costituisce uno dei compiti fondamentali degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) può fornire un contributo importante alla creazione del valore.

La medicina traslazionale è la branca della ricerca medica che si prefigge di connettere in modo diretto la ricerca di base con l'assistenza al paziente. Di particolare interesse le possibili ricadute e cambiamenti nell'industria del farmaco dove per traslazione tipicamente s'intende lo "spostamento" dei risultati della ricerca di base in protocolli di trattamento e cura e in terapie efficaci. L'enfasi è data al legame diretto fra letto del paziente e bancone del laboratorio. Esiste anche una definizione a spettro molto più ampio dove si fa riferimento allo sviluppo e applicazione di nuove tecnologie in un ambiente pilotato dal paziente. Una medicina dove la ricerca è guidata dalla clinica con benefici certi per il paziente e per la gestione ospedaliera. Una volta, fino a non molto tempo fa, fino ad oggi forse, era possibile considerare Clinica, Ricerca e Ricaduta industriale come tre fasi separate, sequenziali, afferenti al settore della Salute, capaci di comunicare, ma non di dialogare fra di loro.

Tutto questo è stato e non sarà più. Il contesto è cambiato, le opportunità e i rischi sono molto diversi rispetto a quelli del recente passato. Non c'è più tempo per i ritardi. Se ieri si poteva pensare ad un approccio sequenziale fra ricerca, clinica

e industria perché c'era il tempo per trasferire la conoscenza da un settore all'altro, oggi questo tempo non c'è più. Da un lato il progresso scientifico e la pratica clinica evolvono in modo continuo, dall'altra l'industria non può più essere reattiva, ma deve assumere un ruolo pro-attivo, investendo essa stessa in ricerca, cercando di ottenere il prima possibile i risultati della sperimentazione clinica, ma in maniera appropriata stando molto attenti a non cadere nelle trappole del fast-track. Mai come oggi e ancora di più domani, è vero che il tempo è denaro.

Bisogna operare in modo parallelo. Per farlo occorrono figure professionali innovative. Attenzione. Innovative, non nuove. Non si tratta di trovare nuovi modi di estrarre valore da attività e pratiche esistenti. Si tratta d'innovare, di ricombinare in modo opportuno pratiche esistenti e da inventare, per trovare nuovi modi di generare valore, di creare ricchezza.

Questo vale anche per noi. La Governance delle aziende sanitarie necessita di medici di Direzione Sanitaria che abbiano un bagaglio di conoscenze sufficientemente ricco da poter dirigere con grande competenza le dinamiche innovative descritte. Ed è quindi necessario un grande sforzo formativo. Oggi il potere è in mano a coloro che, forti della conoscenza, sono capaci prima di progettare il futuro e, poi, d'imporlo a tutti gli altri. Non c'è scampo. O si progetta o si è progettati.

Per progettare occorre soddisfare tre esigenze. La prima è l'esigenza di ricerca ed ogni Direzione Sanitaria è un laboratorio di ricerca nel campo del management dei servizi sanitari. La seconda esigenza è il trasferimento di conoscenza e l'Università, in assenza di una scuola adeguata, resta la grande forza che

deve essere in grado di soddisfare il reale bisogno d'istruzione, con il nostro contributo per quanto attiene la formazione dei medici di direzione sanitaria. La terza esigenza è la creatività che la natura distribuisce abbastanza equamente, ma che non viene altrettanto equamente coltivata. La creatività è una dote costituita dalla sintesi di fantasia e concretezza.

Storicamente le politiche dell'assistenza sanitaria si sono concentrate sulle modalità della copertura assicurativa, sia essa pubblica o privata, e sugli standard di garanzia di tale copertura. Poco si è fatto per definire in modo ottimale la struttura dell'erogazione dell'assistenza sanitaria. Continua ad essere utilizzato il modello antico, superato, delle grandi strutture ospedaliere multi specializzazione. Non vengono tenuti da conto le modifiche indotte da tecnologie altamente distruttive delle architetture preesistenti –basta pensare a cosa si può fare oggi in Day Hospital o con l'assistenza domiciliare; non vengono considerati a sufficienza i miglioramenti ed i cambiamenti possibili ricorrendo alle innovazioni di processo e infine non si pone sufficiente attenzione alla problematica della crescita del valore incrementale preoccupandosi troppo della semplice riduzione dei costi. Invece di cercare nuovi modi di generare valore, ci si limita a trovare nuovi modi per mungere la stessa, ormai anziana, mucca. Occorre rendersi conto che la sanità costituisce un importante motore di crescita dell'economia nazionale dei prossimi anni, una risorsa a tutti gli effetti, un settore di sviluppo, innovazione e investimento da osservare e gestire con attenzione. Non ci si deve mai limitare a formulare un "*cahier de doléance*" Serve a poco. Occorre invece tenere sempre presente che il futuro è l'unica cosa che possiamo progettare e

costruire. Le opportunità ci sono e ben chiare. Occorre cortocircuitare e fare dialogare industria, settore pubblico e organismi governativi, strutture e organizzazioni sanitarie al fine di perseguire politiche per la salute che abbiano come obiettivo la riduzione delle disuguaglianze e la ricerca di modelli di sistema per l'assistenza sanitaria in grado di realizzare i principi di solidarietà equità e accessibilità che devono essere garantiti in modo prioritario. Altrimenti non esiste possibilità di uno sviluppo efficiente delle nuove medicine.

La ricerca, lo sviluppo e l'innovazione costituiscono il fulcro dell'evoluzione delle conoscenze. In Sanità, come d'altronde deve essere in qualsiasi settore, esiste innovazione se e solo se vengono interessate tutte le componenti esistenti, dall'organizzativa alla gestionale, dalla tecnologica al governo delle risorse. Il processo di creazione del valore è sostanzialmente una dinamica di creazione, accumulo, riproduzione, incremento di risorse, di conoscenza e di fiducia.

Volendo indicare in estrema sintesi le scelte e le azioni inderogabili per assicurare la sostenibilità del sistema, possiamo individuarne tre :

La prima è rappresentata dalla ricerca dell'efficienza, intesa come capacità di produrre le prestazioni a minor costo.

Solo se si riuscirà, e in tempi rapidi a ridurre gli sprechi, a concentrare le risorse sulla produzione di prestazioni e, ad azzerare i disavanzi (che nascono, prima di tutto, dalla aspettativa della loro copertura) si riuscirà a recuperare risorse preziose oggi, indispensabili domani, per non abbandonare il principio dell'universalità del servizio.

La seconda è rappresentata dalla trasparenza dell'amministrazione, che deve seguire regole chiare e non deve poter produrre deficit oc-

culti, che emergono a distanza di tempo con effetto devastante. Per questo è indispensabile attuare una profonda riforma di sistema che realizzi davvero l'aziendalizzazione della componente pubblica del sistema sanitario, facendola uscire dall'attuale confusa collocazione a mezzo fra l'ente pubblico e l'operatore economico.

Occorre definitivamente affermare che pubblico deve essere il servizio e non la natura giuridica dell'erogatore, promuovere la competitività fra gli erogatori e accettare il principio che la proprietà pubblica delle aziende sanitarie e ospedaliere, che può certamente rimanere tale, deve rispondere alle stesse regole di trasparenza, efficienza e managerialità di qualunque azienda privata.

La terza è rappresentata dall'attivazione concreta di tutti i meccanismi capaci di premiare la qualità, la professionalità, la capacità manageriale.

Non sarà mai possibile fare una sanità migliore con l'impiegatizzazione dei medici, la mancanza di incentivi robusti per la riconosciuta capacità delle varie figure professionali, l'assenza di responsabilizzazione della dirigenza delle aziende e della sua corrispondente valorizzazione.

Ma è del tutto chiaro che ciò può avvenire solo se il risultato complessivo di un erogatore può essere premiato o punito per la sua capacità misurata di coniugare efficienza e qualità e di produrre soddisfazione nell'utenza.

La sanità viene da una tradizione secolare nella quale si è ritenuta l'unica legittimata a giudicare se stessa.

Questa è la vera idea non sostenibile, che dobbiamo tutti insieme abbandonare.

La sfida della sostenibilità per i medici di direzione sanitaria è una

sfida delle competenze, E siamo in grado di vincerla. Dobbiamo lavorare insieme affinché, per quanto possibile, non sia il futuro a gestire noi, ma noi a gestire il futuro. Per gestire il futuro occorre avere un progetto condiviso, avere un'idea precisa del nostro ruolo, percorrere la strada della qualità ed ambire ad esportare il nostro modello di direzione sanitaria e la nostra professionalità in ambito europeo.

Che l'innovazione, la ricerca e la sostenibilità siano con voi.

BIBLIOGRAFIA

1. Di Forti M : *Le passioni al potere. Il Messaggero 27 giugno 2008; 27*
2. Cotterel M; Gilbert A. . *Le profezie dei Maya. Corbaccio 2004*
3. Drucker P : *Innovazione e imprenditorialità. Etas 1986*
4. Rogoff K : *La sanità sfida il capitalismo. Il Sole 24 ore 17.08.2008:6*
5. Aparo UL; Aparo A : *Capacità di prevenzione degli eventi avversi in sanità. Recenti progressi in medicina 2007; 3: 155-159*

L'innovazione che
dà sicurezza.



UP-DF750

SONY

Stampanti per mammografia estremamente affidabili.

Nel settore medicale, la qualità è fondamentale. Qualità nella diagnosi, qualità nei trattamenti e qualità delle apparecchiature. Sony ti offre la massima qualità nelle stampanti per mammografia. Da sempre fra i pionieri nello sviluppo tecnologico, Sony ha creato la prima stampante termica per il settore medicale nel 1987. Oggi, la stampante per mammografia multi-formato UP-DF750 ad alta risoluzione offre la qualità e la velocità di cui hanno bisogno personale medico e pazienti.



Le stampanti radiologiche sono disponibili presso:

FO.RA. Spa, Via A.B. Nobel, 11/A, 43100 - Parma. Tel. 0521-398011

Biesse Medica Srl, Via Inzago 48, 00135 - Roma. Tel. 06-309090

Bollino Srl, Via Delle Industrie 31, 80124 - Napoli. Tel. 081-5593453

www.sonybiz.net/healthcare

Sostenibilità e consumi: lo sviluppo del SSN tra incoerenza e retorica

Riassunto

Lo scopo di questo articolo si sviluppa su due livelli:

a) verificare l'applicabilità di modelli di optimal control sia agli atteggiamenti e comportamenti dei cittadini rispetto a stili di vita codificati quali quelli raccomandati dalle Agenzie Sanitarie, che agli stessi meccanismi di consumo dei servizi sanitari da parte dei cittadini.

b) verificare - nello specifico dell'offerta sanitaria - la trasferibilità alle politiche sanitarie del migliore modello decisionale per ottenere la ottimale distribuzione del consumo nel tempo, nella fase della restrizione dell'offerta.

Entrambi i livelli di analisi si misurano con rilevanti problemi di natura economica e con questioni legate all'organizzazione dei servizi sanitari, alla loro stessa pianificazione da parte dei decisori (amministratori politici o gestori tecnico-professionali), alla loro fruizione da parte dei cittadini. La domanda che ci si deve porre, come cittadini, come pazienti e anche come Direttori Sanitari è se il futuro prossimo delle politiche sanitarie non ci riservi altro se non uno scenario composto da prestazioni insufficienti, da sperequazione dell'offerta sanitaria su scala nazionale, da sostanziale iniquità dell'accesso, da misure di contenimento della spesa poco condivisibili sotto il profilo della funzionalità delle strutture e di una corretta politica sanitaria.

Salvatore Paolo Cantaro

Direzione Sanitaria - Azienda Ospedaliero Universitaria (Vittorio Emanuele, Ferrarotto, S. Bambino) di Catania

Vi è mai accaduto di trovarvi di fronte ad una torta e di dover decidere quanta mangiarne subito e quanta, invece, metterne da parte per il consumo del giorno dopo? Quante volte vi siete trovati di fronte a tale incertezza? Lasciarsi andare alla scelta istintiva, calibrata solo sul tempo presente, del consumo immediato. Oppure, sviluppare un ragionamento più sofisticato, nel quale la dimensione temporale non sia ferma all'oggi e la fruizione dei benefici è rinviata al tempo futuro. Penso che il dilemma sia certamente frequente, se non molto frequente, nella vita quotidiana, nella sfera privata e in quelle pubblica e/o professionale. La scelta tra consumo immediato e

consumo rinviato, se - per un verso - è condizionato da diversi e numerosi fattori esterni - dall'altro - trova nella volontà e nella determinazione dei singoli soggetti la principale leva per muoversi in una direzione piuttosto che nell'altra. Ed ancora, dati i due estremi del segmento della decisione, ovvero un consumo totale nell'immediato (mangio oggi tutta la torta), e una scelta di segno opposto, altrettanto rigida e assoluta (oggi non ne mangio neanche un po', la mangerò domani), si pone il problema di come procedere per trovare un punto intermedio tra il consumo immediato e il consumo differito. Ovvero, un modo per determinare *in via ottimale* la porzione

di torta da consumare oggi e quella da mettere da parte per il giorno dopo, al fine di garantire una ottimale pianificazione del consumo.

Fuor di metafora, si pone il problema di come fare per distribuire nel tempo, in modo appropriato e soddisfacente, il piacere derivante dall'appagamento di un bisogno, così da garantire la scelta migliore in relazione alla disponibilità delle risorse e alla programmazione della loro fruizione.

È evidente che ciascun individuo, al di là delle spinte emotive, dovrebbe sempre tendere a garantirsi il massimo della soddisfazione razionale, puntando alla individuazione di un equilibrio ottimale tra consumo immediato e consumo dilazionato nel tempo.

Come potremmo infatti non valutare incoerenti ed irrazionali quell'insieme di comportamenti nocivi per la salute come l'alimentazione incongrua, l'abuso di fumo, alcol e droghe?

Ed è proprio *temporalmente incoerente* quel comportamento descritto da W. Allen, per cui smettere di fumare è un obiettivo raggiunto decine di volte con la verbalizzazione di tale buon proponimento, smentito tuttavia dall'accensione della sigaretta dopo il primo caffè del mattino successivo.

In pratica, il nostro *tobacco consumer* sviluppa una propria coerenza nel momento in cui la sera assume la decisione di smettere di fumare, mentre si smentisce scegliendo di soddisfare il mattino successivo, *intanto e comunque* un proprio bisogno, che potremmo definire vi-

**PAROLE CHIAVE:**

Sostenibilità, politiche sanitarie, welfare universalistico, direzione sanitaria, spesa sanitaria

scerale.

Dietro questi (singolari) esempi, ricorrenti nella vita quotidiana, si nasconde il tema del *optimal control of visceral urges*, da anni oggetto di confronto fra diverse scuole di economisti a livello mondiale, e di filoni di ricerca che ne hanno approfondito i contenuti ed allargato l'applicabilità a diversi campi delle attività umane.

Lo scopo di questo articolo si articola su due livelli:

a) verificare l'applicabilità di modelli di *optimal control* sia agli atteggiamenti e comportamenti dei cittadini rispetto a stili di vita codificati quali quelli raccomandati dalle Agenzie Sanitarie, che agli stessi meccanismi di consumo dei servizi sanitari da parte dei cittadini.

b) verificare - nello specifico dell'offerta sanitaria - la trasferibilità alle politiche sanitarie del migliore modello decisionale per ottenere la ottimale distribuzione del consumo nel tempo, nella fase della restrizione dell'offerta.

Il momento storico che viviamo è caratterizzato da una profonda crisi strutturale che interessa sia i più evoluti paesi di welfare universalistico, sia le realtà statali ad assistenza pubblica residuale, sia ancora i paesi in via di sviluppo, nei quali la ridotta disponibilità di risorse economiche preclude l'accesso equo alle prestazioni, quando non nega del tutto l'accesso ad alcune di esse.

Entrambi i livelli di analisi si misurano con rilevanti problemi di natura economica e con questioni legate all'organizzazione dei servizi sanitari, alla loro stessa pianificazione

da parte dei decisori (amministratori politici o gestori tecnico-professionali), alla loro fruizione da parte dei cittadini.

Sono queste tutte tematiche niente affatto estranee al Direttore Sanitario: egli ne è coinvolto in modo sempre più diretto, ora come principale attore nelle fasi del processo di educazione sanitaria, ora come soggetto centrale nella ricerca dei meccanismi di garanzia dell'accesso alle prestazioni, ora come *trait d'union* nei processi di trasformazione dell'organizzazione dei servizi sanitari, determinati dagli interventi riformatori degli Stati, che ricercano l'equilibrio economico dei Sistemi sanitari.

Non sfuggirà, in tale quadro, l'incrocio di elementi di estrema attualità sotto il profilo politico sindacale:

- l'affermazione di nuovi e più adeguati stili di vita che, quando non raggiunti, trovano nella dipendenza un fenomeno di consumo intertemporale,
- il rischio collegato a quello che potremmo definire il consumerismo sanitario in cui agiscono, in sinergia non virtuosa, inappropriata e pressione del produttore;
- la esigenza di mettere in campo strumenti di controllo della spesa sanitaria che - oltre alla attribuzione di autonomia e responsabilità finanziaria alle amministrazioni regionali - assume oggi i caratteri sempre più marcati dell'interventismo del governo centrale, espresso nella formulazione dei cosiddetti Piani di Rientro dai disavanzi sanitari, i quali,

fin qui, hanno conseguito risultati contraddittori essendosi per lo più caratterizzati come drastica riduzione dell'offerta.

In questo contesto, il Direttore Sanitario non può essere uno spettatore passivo, nè deve restare bloccato da logiche ugualmente rigide ed unilaterali, anche se opposte nei contenuti e negli esiti.

È necessario sfuggire al pericolo incombente della crisi di ruolo ed identità ed evitare che il Direttore sanitario sia confinato in una funzione all'intero della quale egli non è sostanzialmente in grado di governare il cambiamento (anche quello del proprio ruolo), diviene addirittura il semplice garante ed esecutore di scelte assunte da altri, il ratificatore di nuovi assetti su cui non ha voce in capitolo.

Ma ritorniamo al problema della scelta intertemporale o, se vogliamo, della scelta ottimale nel tempo e delle sue possibili applicazioni a dinamiche sociali.

Ora, se la maggior parte delle decisioni della vita reale riguarda opzioni le cui conseguenze si manifestano nel tempo - come nel caso delle decisioni della quota di risparmio per la vecchiaia, della partecipazione ad un fondo pensioni, della quota di reddito da destinare allo svago o alle vacanze - le decisioni legate alla sfera della salute sono sempre caratterizzate da dinamiche in cui si presentano fenomeni quali incoerenza temporale e maggiore o minore capacità di controllo della volontà.

Per tornare alla metafora di cui sopra, l'approccio corretto alla incertezza di come e quando mangiare la nostra torta deve sfuggire a due logiche uguali (nella rigidità) per quanto diverse (negli esiti).

Occorre non essere troppo dipendenti/impazienti, ed evitare di mangiare la torta tutta e subito ed occorre nel contempo non lasciarsi

piegare dalla logica del sacrificio, e non assumere la decisione che, in ogni caso, di torta oggi non ne mangiamo neanche un po'.

In fondo bisogna formulare una scelta dinamica: mangiamo qualche fetta di torta oggi, e ne riponiamo in frigo una parte per consumarla il giorno dopo.

E' pur vero, tuttavia, che non sempre le scelte intertemporali degli individui sono coerenti con l'ultimo comportamento descritto (che la microeconomia definisce *smoothing* del consumo), in ragione di una insufficiente dose di *autocontrollo*, virtù questa ultima indispensabile per distribuire nel tempo il soddisfacimento dei propri bisogni.

A questo riguardo, ricercatori della Michigan University suggeriscono come paradigma decisionale ottimale quello che valuta più conveniente consumare oggi una porzione più grande e metterne da parte una più piccola per il consumo di domani.

Questo tipo di scelta trova la sua motivazione nei maggiori vantaggi che essa presenta, giacché accresce la soddisfazione individuale rispetto alla equiripartizione o ad una opzione che va a privilegiare il consumo futuro (del tipo uovo oggi e gallina domani) e riesce insieme a mantenere un sufficiente livello di *willpower*, perché non si è privilegiato il soddisfacimento totale ed immediato di quello che viene definito *bisogno viscerale*.

È agevole rilevare come sia invece assolutamente non corrispondente a tale principio di *spalmatura* del consumo, quel procedimento psichico di autentica incoerenza temporale cui soccombe spesso ognuno di noi, quando deve compiere scelte relative al superamento di abitudini dannose per la propria salute.

In realtà, la forza di volontà, *willpower*, non è disponibile in quantità illimitata; al contrario, la sua carenza si rivela essere alla base dei fenomeni

di cosiddetta dipendenza, i quali inducono a persistere in attività dannose per la propria salute. In pratica, si preferisce anticipare nel tempo il consumo e soddisfare nell'immediato il proprio bisogno, anche se questo non costituisce un vantaggio per la propria salute.

Forse risiede proprio in questi meccanismi comportamentali la difficoltà di ottenere buoni/grandi risultati dalle campagne per la diffusione di nuovi e più congrui stili di vita, sia quando i governi e le grandi agenzie tendono ad utilizzare dinamiche legate a rinforzi positivi, quali quelli di sponsor prestigiosi e di parole d'ordine come *i grandi atleti non fumano*, sia quando essi mettono in campo rinforzi negativi del tipo *fumano solo poveri, emarginati o neri*.

È innegabile - come sottolineano O'Donoghue e Rabin - che la incoerenza intertemporale si accompagna ad una sostanziale *impazienza* degli individui. Questi, nei loro comportamenti concreti, danno più peso all'utilità del presente che non a quella del domani, decidono di assegnare un valore maggiore all'istante futuro più vicino nel tempo (*una sigaretta dopo il caffè è troppo piacevole, per rinunciarci, mentre il rischio di ammalarsi non è immediato né altrettanto reale*). In tal modo si dà vita ad una sorta di *dipendenza razionale*: la decisione della dipendenza diventa appunto *razionale*, attraverso un procedimento logico nel quale i benefici (presunti o reali) dell'immediato (*immediate rewards*) risultano superiori ai costi (presunti o reali) del futuro.

Vorrei ora provare ad adattare l'insieme di categorie fin qui applicate al livello dei comportamenti individuali, ad un diverso livello, ponendo l'attenzione sulla evoluzione della domanda di servizi sanitari che oggi registriamo nelle varie regioni del mondo. Infatti, se d'un canto nei paesi più sviluppati i bisogni sanita-

ri sono in costante aumento, nelle economie emergenti la richiesta di accesso alle prestazioni assume forme sempre più pressanti.

Il processo di trasformazione dei bisogni di salute in domanda di prestazioni passa per varie fasi di un rapporto di agenzia, in cui *want, demand e need* spesso non seguono un rapporto di crescita simmetrico e la produzione di servizi genera un evitabile consumo di risorse.

A causa della crescita della spesa, i sistemi sanitari mondiali sono già entrati in una profonda crisi: il consumo dei servizi si rivela superiore a quanto i sistemi sono in grado di sostenere, con un pesante impatto sulle economie nazionali.

È in un simile contesto che l'utilizzo dei servizi sanitari da parte dei cittadini può assumere aspetti tipici delle abitudini e della dipendenza.

Infatti, anche se il processo di formazione delle abitudini è influenzato da variabili economiche e da altri fattori esogeni, quali le caratteristiche demografiche e la stessa condizione psicologica, l'abitudine si forma pur sempre quando consumo passato e presente sono positivamente correlati. Allorquando il processo di formazione delle abitudini resta inalterato nel tempo e non intervengono correttivi, allora un consumatore può trasformare un'abitudine in uno stato di dipendenza, più precisamente in quella condizione in cui un aumento nel consumo presente conduce inevitabilmente all'incremento del consumo futuro (Becker e Murphy, 1988).

Un bene non durevole genera quindi dipendenza se il suo consumo corrente conduce ad un incremento del suo consumo futuro. Il consumo corrente è, cioè, positivamente correlato al consumo passato.

Dunque, la dipendenza è un fenomeno di consumo intertemporale. E' possibile, inoltre, che il controllo del livello del consumo sia difficile e

caratterizzato da conflitti e comportamenti incoerenti.

Gli psicologi hanno individuato i seguenti meccanismi che caratterizzano la dipendenza (Grossman, 1995, p. 157): *tolerance* (assuefazione), *withdrawal* (astinenza) e *reinforcement* (rafforzamento del consumo). A livello *macro* il consumo di servizi sanitari può così assumere aspetti tipici della dipendenza: il fenomeno dell'assuefazione suggerisce che determinati livelli di consumo hanno tanto meno effetto quanto maggiore è stato il consumo passato. È quindi necessario aumentare la quantità corrente di servizi sanitari per ottenere lo stesso effetto, oltre che sulla salute collettiva e individuale, anche sul livello di soddisfazione dei cittadini. L'astinenza è, altresì, un fenomeno che in ambito sanitario potrebbe essere riferito alla reazione negativa della popolazione in occasione di interventi di riorganizzazione della rete assistenziale, che determinano la riduzione o la cessazione della erogazione di determinati servizi. Infine, il *reinforcement* implica che un più elevato consumo corrente aumenti il consumo futuro dei servizi, come evidenziato dalla crescita di spesa sanitaria tipica dei paesi sviluppati.

Dopo aver applicato le dinamiche delle decisioni nel tempo alle scelte degli stili di vita ed ai possibili parallelismi con la cosiddetta dipendenza razionale, vorremmo ora trasferire per ultimo tali meccanismi ad un livello in cui il decisore altri non è se non un governo nazionale, posto di fronte alla scelta della migliore strategia rispetto alla allocazione delle risorse a disposizione, problema corrispondente al nostro consumer posto di fronte alla quantità di torta cui attingere. Infatti, proprio scelte di siffatta natura si rivelano spesso ancorate a schemi decisionali nei quali sviluppo dei servizi e soddisfazione della domanda rappresentano varia-

bili dipendenti da luoghi comuni e da teorie scaturenti da generici assiomi generalizzati, peraltro quasi mai dimostrati.

A noi pare, infatti, che i governi nazionali si muovano oggi tra incoerenza e retorica nei confronti di quegli orientamenti, relativi alle ipotesi di sviluppo sanitario dei prossimi decenni, che valutano come non più razionale o motivato l'intervento dello Stato, a fronte dei grandi vantaggi offerti dal mercato, che costituirebbe indispensabile ed unico volano per la crescita.

Come fa osservare il Nobel per l'Economia Amartya Sen, se è pur vero che economie di mercato bloccato comportano spesso danni rilevanti nel tessuto economico di un paese, e se non possono negarsi gli indiscutibili benefici derivanti dai sistemi di libero scambio, è altresì vero che nessuno può disconoscere il valore dei sistemi di sicurezza e copertura della salute pubblica, frutto dell'intervento statale, che caratterizzano i paesi dell'Europa occidentale.

È qui il caso di sottolineare, inoltre, che sono stati proprio i governi nazionali che hanno promosso e guidato le grandi trasformazioni sociali ed economiche registratesi negli ultimi decenni nell'estremo Oriente, e che proprio in questa vasta regione del pianeta tali trasformazioni abbiano interessato, in larga misura, oltre al settore della pubblica istruzione, anche i sistemi di assistenza sanitaria.

Spostando la nostra attenzione all'attuale fase attraversata dalla Sanità nel nostro Paese, noi siamo convinti che sia necessario superare una contrapposizione di maniera fra intervento statale e liberismo, e che - con visione altrettanto laica - debbano essere superati approcci storicamente datati.

Sono infatti approcci storicamente datati quelli che attribuiscono allo

sviluppo la logica strettamente legata al sacrificio, per cui sarebbe inevitabile una scelta decisionale intertemporale opposta a quella di dipendenza razionale che abbiamo descritto prima.

È la logica che secondo alcuni rende necessario contenere, se non annullare del tutto nel presente i livelli di benessere, al fine di garantire benefici e vantaggi maggiori nel futuro.

In realtà, tale approccio, caratterizzato da una irrimediabile dose di retorica, si accompagna ad un altro schema decisionale di segno uguale ed opposto, che è la più autentica espressione della incoerenza applicata al comportamento dei governi.

Come individui posti di fronte ad una torta - e l'esempio è assolutamente calzante rispetto alle politiche adottate nel nostro Paese per i settori sanitari negli ultimi trent'anni - spesso i governi regionali hanno abbandonato la strada della pianificazione e della programmazione, destinando risorse considerevoli a discutibili investimenti.

Il riferimento è alla stagione delle politiche sanitarie caratterizzate dalle indicazioni del tipo *un Ospedale a fianco di ogni campanile*, dalla proliferazione del posto letto, dalla moltiplicazione dei convenzionamenti con strutture private e - in buona sostanza - dalla dispersione di ingenti risorse finanziarie, in assenza di una visione unitaria o di grande respiro.

La leva di questa incoerenza decisionale, che ha accomunato molte regioni nel recente passato, è stata azionata da un inguaribile vizio da cui è afflitta buona parte della classe politica del nostro paese, incapace di una visione di governo autenticamente proiettata in una prospettiva di medio/ lungo periodo, e profondamente influenzata da una patologica ricerca del consenso, quale

esclusivo elemento condizionante le scelte.

È stata, infatti, proprio la ricerca del consenso l'unica, autentica motivazione alla base di scelte spesso illogiche rispetto ai cardini della programmazione sanitaria, già da decenni orientati in tutto il mondo in direzione dell'affermazione del ruolo dell'ospedale quale esclusivo luogo di cura per acuti, dell'insostituibile ruolo della prevenzione e della riabilitazione, del rapporto pubblico / privato in campo sanitario, imperniato su complementarità e competizione e non già sulla duplicazione artificiosa di prestazioni, fertile terreno per lo sviluppo dell'inappropriatezza.

L'insostenibile peso dello spreco e della dissolutezza amministrativa, espressione di una miope logica che antepone ciò che paga subito sul piano del consenso elettorale, al razionale ed autentico governo delle risorse, non poteva premiare all'infinito ed il modello è entrato in crisi, grazie anche al concorso di una serie di fattori per i quali la crescita della domanda complessiva di salute è entrata inevitabilmente in rotta di collisione con la limitatezza delle risorse economiche a disposizione dei governi succedutisi nel tempo.

E' questa la parabola percorsa dalla Sanità pubblica in molte realtà del nostro Paese: agli errori di programmazione degli anni meno recenti, quando il paradigma del welfare tendeva ad offrire a tutti anche più di quanto venisse richiesto, si sono sostituiti, negli anni che viviamo, vincoli e restrizioni severe alla operatività, i quali, contenuti dapprima fra le pieghe dei documenti di programmazione economica finanziaria, hanno trovato infine corpo nella logica dei cosiddetti Piani di Rientro.

Se è certamente incontrovertibile che il nostro sistema non poteva sopportare oltre un clima privo di riferimenti indispensabili al contenimento della spesa ed alla responsa-

bilizzazione dei gestori, è altrettanto vero che i contenuti dei piani di rientro, in alcune loro improbabili previsioni come, ad esempio, il pratico blocco del turn-over del personale, anche di quello infermieristico e nelle aree della emergenza, minacciano sensibilmente la sicurezza delle prestazioni erogate e gli stessi livelli essenziali di assistenza.

Nei fatti e nel tempo, ad una incoerenza intertemporale e decisionale dei governi, oggi si è sostituita una visione dello sviluppo *lacrime e sangue*, che con il nostro Nobel Sen possiamo con un acronimo definire *BLAST (Blood Sweat and Tears)*.

Siamo arrivati al momento di avanzare una conclusione, alla fine di un percorso che ci ha condotti a rilevare – per un verso - comportamenti e scelte degli individui che sembrano esclusivamente subordinate ad irrazionalità e che sono in grado di aprire la strada anche a forme di dipendenza, e – per altro verso - a segnalare la illogicità delle scelte di *government*, pericolosamente oscillanti tra l'incoerenza di una prospettiva temporalmente bloccata dalla ricerca di consenso, e la retorica di un futuro migliore, assolutamente subordinato al dogma del sacrificio necessario.

La domanda che ci si deve porre, come cittadini, come pazienti e anche come Direttori Sanitari è se il futuro prossimo delle politiche sanitarie non ci riservi altro se non uno scenario composto da prestazioni insufficienti, da sperequazione dell'offerta sanitaria su scala nazionale, da sostanziale iniquità dell'accesso, da misure di contenimento della spesa poco condivisibili sotto il profilo della funzionalità delle strutture e di una corretta politica sanitaria.

E' proprio in quanto Direttori Sanitari che ci sentiamo di indicare, in quanto appartenenti ad un osservatorio privilegiato, una nuova e diversa via di sviluppo, in grado di consentirci il

superamento della crisi che in atto attraversa l'ospedale, e più in generale il comparto sanitario.

E' un osservatorio, quello del Direttore Sanitario, dislocato in una diretta *line* operativa con chi assume le scelte strategiche e di indirizzo, sia sul versante politico che su quello più vicino delle scelte gestionali ed operative. Di più, il nostro è un osservatorio che è anche in immediato contatto con gli umori, le sensazioni, i comportamenti, il giudizio e le valutazioni di professionisti, del personale e degli utenti destinatari finali delle nostre prestazioni.

È grazie al nostro originale ed esclusivo punto di osservazione che possiamo valutare appieno l'impatto e l'incidenza che assumono provvedimenti di limitazione dell'accesso alle prestazioni, come l'introduzione di ticket o l'esclusione dal nomenclatore tariffario che nelle famose dimensioni della qualità di Donabedian assumono diverso impatto a seconda della dislocazione nella filiera.

Noi non crediamo che la crisi del welfare e dello stato assistenziale e il tramonto ormai definitivo dell'età degli sprechi e dell'inappropriatezza possano essere superati in assenza di una sana visione politica di contenimento dei costi e di riqualificazione del tessuto sanitario del Paese. Allo stesso tempo, tuttavia, siamo fermamente convinti che non tutto possa ricondursi alla assoluta subordinazione delle dinamiche della domanda e dell'offerta sanitarie alle regole del mercato.

Ci confortano, in questo convincimento, grandi economisti e scuole di pensiero economico, che segnalano la necessità di un giusto equilibrio anche in una economia di mercato, tra funzioni produttive e funzioni sociali, di per sé non estranee ma peculiarmente interdipendenti rispetto al mercato.

Il ricordo va alla teoria di A. Smith del vantaggio reciproco nello scam-

bio tra macellaio, birraio e panettiere – ed ad una visione in cui l'intervento pubblico assolve al ruolo di promozione della cooperazione tra e a favore degli individui attraverso quella pratica formulazione ancora dovuta a Smith per cui “l'intervento pubblico può con un costo minimo ... stimolare ed imporre all'insieme della popolazione alcuni fondamentali elementi dell'educazione e dei comportamenti più elementari”

Ci aiuta ancora, ad illuminare questo passaggio, Amartya Sen, che criticando i modelli di crescita fatti di sacrifici inevitabili e lacrime e sangue, propone una nuova visione e nuovi paradigmi economici.

In particolare, sottolinea l'economista indiano, se si ritiene *sic et simpliciter*, che il benessere trovi espressione solo nel consumo, e la crescita economica semplicemente nell'accumulazione, si rischia di dare corpo al conflitto tra il benessere presente e il benessere futuro. Ovviosità di trovarsi dinanzi a quello stesso bivio, soddisfazione immediata da una parte e soddisfazione futura dall'altra, che costituiva il dilemma del nostro individuo posto di fronte alla torta.

In realtà, crediamo che per nessuno sia possibile negare la interdipendenza che intercorre tra produttività economica ed istruzione, alimentazione, assistenza sanitaria; tutti fattori, questi ultimi, che determinano il nostro livello attuale di benessere.

E' per tutto ciò che le scelte da fare per una crescita ottimale non possono essere dettate dal monotono refrain delle *decisioni difficili*, mentre il valore autentico della *compensazione intertemporale* sta nel riconoscere come gli interventi su istruzione, occupazione ed assistenza sanitaria rappresentano strumenti che incidono profondamente sulle condizioni complessive del tessuto sociale di un paese, favorendone una crescita che sarà la vera garanzia anche di

un approccio ragionato all'uso dei servizi di welfare.

Ritornando ai piani di rientro non vogliamo pensare ad un possibile confronto/scontro fra regioni forti e deboli. Ovvero, allo scontro tra coloro che sono convinti di non trovare alcun “vantaggio reciproco” in una prospettiva di cooperazione quale quella prospettata dal federalismo solidale, che a noi pare l'autentica opzione su cui puntare.

Una celebre canzone dei Beatles dice che ce la potremo fare “With a little help from my friends” ed è a questo concetto che pensa Amartya Sen quando prospetta, in una sorprendente coincidenza con la situazione attuale del nostro Paese, uno sviluppo diverso dal modello BLAST riassumendolo nel concetto “*getting by, with a little assistance*” che sintetizza nell'acronimo GALA e che potremo tradurre con “*farcela con un piccolo aiuto*”.

Dal punto di vista delle scelte di governo, il modello GALA rappresenta, in fondo, l'autentico valore universale attraverso il quale – in virtù del superamento di incoerenza, retorica, scelte errate nel tempo – si afferma un criterio di *consumption smoothing* simile a quello del nostro consumatore iniziale.

GALA è un paradigma operativo distante dallo schema basato sulla ineluttabilità delle scelte difficili. *Farcela con un piccolo aiuto* comporta l'attivazione di un circuito virtuoso, nel quale la compensazione intertemporale rimuove la pericolosa dicotomia tra benessere attuale ed accumulazione forzata per il futuro, grazie ad una indispensabile spinta solidaristica, finalizzata al conseguimento di uno sviluppo equilibrato ed equo per la società nel suo complesso e per i suoi singoli componenti.



PONZI

PORTE AUTOMATICHE
ANTIPANICO U.S. PER
REPARTI OSPEDALIERI
FILTRI PRE OPERATORI





BAGNARA di ROMAGNA · RA
☎ 0545 76009 - Fax 0545 76827
milano pescara roma
02 8394231 085 4483020 06 88566005
www.ponzi-in.it

Porte Ospedaliere

Alcuni indicatori di appropriatezza di ricovero negli obiettivi di budget in Toscana

Riassunto

Il Laboratorio MES attua una valutazione della performance complessiva delle Aziende Sanitarie Toscane. Il sistema comprende indicatori di efficienza, appropriatezza e qualità di prestazioni sanitarie, come pure valutazioni di ambito economico e di qualità percepita. L'Azienda Sanitaria di Firenze ha integrato questo sistema di indicatori nel proprio processo di budget, sviluppando specifici obiettivi per gli ospedali e le unità operative coinvolte, e promuovendo azioni di miglioramento con i metodi delle "settimane kaizen" e della "peer review".

Fabrizio Gemmi

Direzione Sanitaria - Ospedale Santa Maria Annunziata, Azienda USL 10 Firenze

INTRODUZIONE

Nel 2005 Laboratorio Management e Sanità (MES) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, su invito della Regione Toscana, ha elaborato un sistema di indicatori per la valutazione delle 12 Aziende Sanitarie Locali e delle 4 Aziende Ospedaliere Toscane.

Complessivamente, 57 macroindicatori sono stati definiti per il monitoraggio ed il benchmarking delle Aziende, a partire dal 2006, rispetto a 6 dimensioni di valutazione: Salute della Popolazione; Capacità di perseguimento degli orientamenti regionali; Valutazione Sanitaria; Valutazione Esterna; Valutazione Interna; Valutazione di Efficienza operativa e Dinamica Economico – Finanziaria. Ognuno degli indicatori di livello macro è a sua volta definito dalla sintesi di indicatori specifici, che comprendono indici epidemiologici, indici di processo e di esito, valutazioni

ad hoc. L'Azienda Sanitaria di Firenze ha scelto di inserire tali indicatori fra gli obiettivi di budget delle strutture interessate per l'anno 2006, promuovendo l'adozione di strategie di miglioramento diversificate per la correzione delle performance che esitavano in risultati inferiori rispetto agli standards definiti.

Viene illustrata l'adozione di metodi di miglioramento per alcuni processi ospedalieri, con particolare riferimento agli indici che esplorano l'appropriatezza dei processi di cura.

MATERIALE E METODI

Il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa ha messo a punto nel 2005 un sistema di monitoraggio denominato *Sistema di Valutazione e Valorizzazione delle Performance delle Aziende Sanitarie Toscane*. Il sistema comprende, come dimensioni di valutazione, Salu-

te della Popolazione; Capacità di perseguimento degli Orientamenti Regionali; Valutazione Sanitaria; Valutazione Esterna; Valutazione Interna; Valutazione di Efficienza operativa e Dinamica Economico – Finanziaria. I dati vengono elaborati a partire dai flussi informativi sanitari correnti, oppure sono impiegate rilevazioni ad hoc, per le indagini sul clima interno e sul gradimento degli utenti.^{1,2}

Il sistema di reporting è organizzato su supporto informatico, con una raffigurazione sintetica a forma di bersaglio, in cui la performance aziendale viene rappresentata mediante dei punti, se la fonte è un processo di valutazione sistematica, oppure con un campanello se derivante da un processo di valutazione ad hoc (fig. 1). I punti di rappresentazione costituiscono dei links interattivi per l'esplorazione del macroindicatore, e consentono di scomporre il valore di sintesi negli indicatori specifici che hanno concorso alla sua produzione. Per ogni indicatore sono stati stabiliti gli standard di riferimento in base alla best practice o alla letteratura; inoltre, tutte le Aziende Sanitarie hanno ricevuto degli obiettivi da conseguire nel 2006, in base al livello di scostamento dallo standard ed alla criticità della performance.

I macroindicatori compresi nel settore C "Valutazione Sanitaria" del diagramma esprimono la sintesi di indicatori di varie performances sanitarie:

**PAROLE CHIAVE:**

Sistema di valutazione, benchmarking, processo di budget, strategie di miglioramento

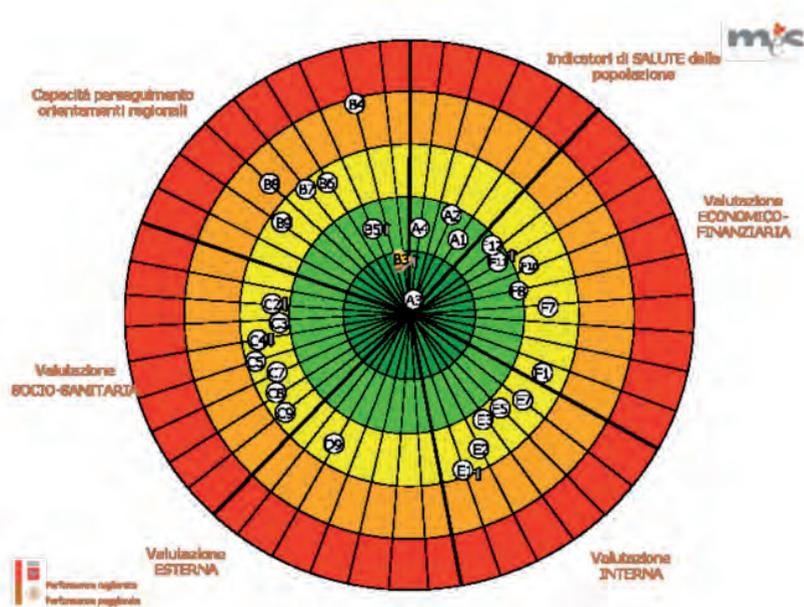


Figura 1 Il prospetto di sintesi a forma di bersaglio

C1- Capacità di governo della domanda (tasso standardizzato ospedalizzazione; tasso standardizzato prestazioni specialistiche ambulatoriali)

C2- Efficienza delle attività di ricovero (degenza media per 8 patologie campione)

C3- Efficienza pre-operatoria (degenza media pre-operatoria standardizzata)

C4- Appropriatelyzza (perc. DRG medici dimessi da reparti chirurgici; perc. interventi per S. tunnel carpale ambulatoriale; perc. obiettivi raggiunti DRG chirurgici a rischio inappropriatezza; perc. riduzione ricoveri DRG medici a rischio inappropriatezza; perc. chirurgia laparoscopica in day surgery)

C5- Qualità clinica (perc. ricoveri ripetuti entro 30 gg stessa MDC; tempestività intervento per frattura femore;

perc. prostatectomia transuretrale; mortalità intraospedaliera per IMA)

C6- Rischio clinico (monitoraggio non attivato)

C7- Percorso Materno-Infantile (perc. cesarei NTSV; perc. parti indotti; perc. episiotomia NTSV; tasso neonati APGAR <7 a 5'; perc. utilizzo ventosa o forcipe; tasso ricoveri pediatria; perc. mobilità passiva per parto)

C8- Efficacia sanitaria attività territoriali (tasso osped. polmonite ≥60 aa; tasso osped. scompenso cardiaco ≥65 aa; tasso osped. diabete complicato; tasso concepimento minori; tasso di ricoveri >30gg; perc. TSO in psichiatria; tasso osped. psichiatria)

C9- Appropriatelyzza prescrittiva farmaceutica (unità posologiche inibitori di pompa protonica erogate/ popolazione pesata; perc. utenti che consumano 1 o 2 conf. statine l'anno; perc.

confezioni sartanici su conf. farmaci sist RAA erogate; tasso DDD di inibitori SSR). Gli indicatori del sistema di valutazione sono stati presentati alla fine del 2005, quindi la Direzione Sanitaria dell'Azienda Sanitaria di Firenze ha approfondito, prioritariamente, l'esame delle performance valutate al di sotto dello standard regionale, sottoponendo ad un vaglio analitico gli indicatori, per individuare le criticità dei processi produttivi coinvolti e proporre i programmi di miglioramento a livello delle strutture organizzative dei singoli ospedali, trasformandoli in obiettivi del budget 2006, differenziati per le unità operative coinvolte.

Nei casi in cui la performance complessiva insoddisfacente riconosceva carenze in varie fasi del processo, coinvolgendo anche le interfacce fra diverse strutture organizzative, o richiedeva la modifica di *clinical pathways*, l'azione proposta è stata l'attuazione di una settimana di miglioramento rapido (*settimana kaizen*)³. Quando invece la scarsa performance risultava dalla incompleta implementazione di *clinical pathways* già adottate, l'azione proposta è stata una *peer review* fra le diverse unità operative. In tutti gli altri casi, nei quali lo standard regionale risultava conseguito nel corso del 2005, oppure si osservava un trend positivo in progress, è stato predisposto un piano di controllo dell'indicatore, come, ad esempio, nell'ottimizzazione dei tassi di ricovero per polmonite e scompenso cardiaco (applicazione *Chronic Care Model*)⁴.

RISULTATI

I processi produttivi per i quali la Direzione Sanitaria della Azienda Sanitaria di Firenze ha programmato di intervenire con le settimane kaizen sono illustrati nella tabella seguente. In tutti i casi le settimane kaizen hanno coinvolto la Direzione Sanitaria ospedaliera e la VRQ

Processo produttivo	Strutture coinvolte	Obiettivo budget 2006
Colecistectomia videolaparoscopica	UO Chirurgia ospedale NSGD UO Chirurgia ospedale SMA UO Chirurgia ospedale SMN UO Chirurgia ospedale Mugello	Degenza media 4,9 gg
Prostatectomia	UO Urologia ospedale NSGD UO Urologia ospedale SMA UO Chirurgia ospedale SMN UO Chirurgia ospedale Mugello UO Chirurgia ospedale Serristori	Degenza media 7,3 gg
Fase pre-operatoria per interventi chirurgici	AF Chirurgica ospedale NSGD AF Chirurgica ospedali SMA e Serristori AF Chirurgica ospedale SMN AF Chirurgica ospedale Mugello	Degenza pre-operatoria 1,4 gg

Processo produttivo	Strutture coinvolte	Obiettivo budget 2006
Isterectomia	UO Ginecologia Ostetricia ospedale NSGD UO Ginecologia Ostetricia ospedale SMA UO Ginecologia Ostetricia ospedale Mugello	Degenza media 6,3 gg
Parto cesareo	UO Ginecologia Ostetricia ospedale NSGD UO Ginecologia Ostetricia ospedale SMA UO Ginecologia Ostetricia ospedale Mugello	Percentuale parti cesarei NTSV 16 %
Offerta ospedaliera per outpatients	Coordinamento AF Medica UUOO Medicina di tutti gli ospedali UO Oncologia UO Malattie Infettive SS Reumatologia SS Diabetologia SS Geriatria e Riabilitazione geriatrica UO Neurologia	Tasso standardizzato di ricovero in DH medico 22,9 ricoveri / 1000 ab
Intervento per frattura di femore	UO Ortopedia ospedali SMA e Serristori UO Ortopedia ospedale NSGD UO Ortopedia ospedale Mugello	Percentuale interventi <48 ore 62,8

e, di volta in volta, le altre funzioni interessate (servizio Anestesia, Pre-ospedalizzazione, DEA, ecc). Sono state condotte finora il 50% delle settimane pianificate, in molti casi l'allineamento allo standard è già stato conseguito nell'anno in corso. I processi per i quali si è pianificato un percorso di peer review sono illustrati nella tabella seguente. Anche per questi processi in molti casi l'allineamento allo standard è già stato conseguito.

DISCUSSIONE

L'adozione di un sistema di macroindicatori monitorati da un en-

te esterno consente un oggettivo benchmarking fra le Aziende Sanitarie. A livello aziendale il livello di osservazione deve essere spinto all'analisi di dettaglio per poter individuare le criticità specifiche per le unità produttive e consentire l'adozione di valide strategie di miglioramento. L'implementazione delle metodologie della *settimana kaizen* e della *peer review* si fonda sul totale coinvolgimento dei professionisti interessati nel percorso di miglioramento della qualità dei processi di propria pertinenza, gettando così le basi per il rapido conseguimento ed il mantenimento delle performances raggiunte.

BIBLIOGRAFIA

- 1) L. Cinquini, S. Nuti, A. Boccaccia, M. Vainieri "Il confronto di performance economico finanziarie tra aziende sanitarie: l'esperienza della regione Toscana" 2005; *Mecosan* (14) 54:109-130
- 2) S. Nuti "Il sistema di valutazione della performance delle aziende sanitarie toscane" 2005; in S. Baraldi *Il Balanced Scorecard nelle Aziende Sanitarie Toscane*. McGraw-Hill, Milano
- 3) A. Galgano "Il miglioramento rapido con la Settimana Kaizen" 2002; in A. Galgano *Le tre rivoluzioni*. Ed Guerini, Milano
- 4) EH Wagner et al "Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action" 2001; *Health Affairs* (20) 6:64-78

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



www.global-links.it

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

ZBS
Zaccaria Barrier System

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

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

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

GORE

**MEDICAL
FABRICS**

Ricerca e sperimentazione...

ZACCARIA

www.zaccariaspa.net

La rete ospedaliera e l'integrazione con il territorio

Riassunto

L'evoluzione demografica italiana, al pari di quella dei Paesi ad economia avanzata, mostra il progressivo invecchiamento della popolazione, tanto che oggi quasi un quinto dei cittadini italiani supera i 65 anni. A questa mutazione del profilo demografico ha fatto seguito l'incremento della prevalenza di patologie croniche. Questo dato epidemiologico, unitamente al forte incremento della spesa sanitaria per i progressi scientifici e tecnologici, ha condotto negli ultimi anni ad una riorganizzazione del percorso assistenziale, con l'obiettivo di disegnare un sistema capace di garantire l'integrazione fra le attività ospedaliere e l'assistenza territoriale e con la finalità di perseguire l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse e di garantire la centralità del paziente nel processo terapeutico. Per raggiungere questi obiettivi è necessario procedere al potenziamento dei servizi territoriali, che dovranno essere capaci di assorbire la domanda di servizi diagnostici e terapeutici, per i quali non è necessario il ricovero e per i quali oggi i cittadini si rivolgono all'ospedale, e, nel contempo, diminuire il volume di attività erogate dal livello ospedaliero, attività che saranno a sempre maggior contenuto tecnologico ed a maggiore intensità di cura, così come previsto dalla legge di disciplina del servizio sanitario toscano e dalle linee guida per i nuovi ospedali della Regione Toscana.

la popolazione con età inferiore a 14 anni, che è incrementato da 130,3 del 2002 a 135,4 del 2004.

Di contro in Italia, come in molti paesi a economia avanzata, abbiamo assistito in questi ultimi anni ad una diminuzione marcata della natalità: attualmente il numero medio di figli per donna, nel nostro paese, è di 1,2, dato tra i più bassi nel mondo. Appare evidente che tali modifiche demografiche incidono nel determinare i bisogni sanitari perché il quadro epidemiologico conseguente vede il prevalere di alcune tipologie di malattie quali quelle croniche degenerative, le cardiovascolari, i tumori. La prevalenza di patologie croniche dell'anziano è aumentata di circa il 50% negli ultimi 10 anni.

Giacomo Corsini *, **Chiara Gherardeschi ****, **Cinzia Lupi ***, **Daniele Mannelli ***

*Direzione di Presidio - Azienda USL 3 Pistoia

**Direzione Sanitaria - Azienda USL 3 Pistoia

IL QUADRO DEMOGRAFICO ITALIANO

La speranza di vita alla nascita nel nostro Paese ha raggiunto gli 82,9 anni per le donne e i 76,9 anni per gli uomini (dato 2003).

Previsioni demografiche attendibili mostrano un continuo aumento del numero delle persone anziane e molto anziane. Si stima che le persone ultra-65enni passeranno da circa 10 milioni e mezzo del 2001 a oltre 12 milioni nel 2011; in questo stesso arco di tempo si stima che il numero degli ultra-75enni cresca da 4 milioni e seicentomila circa ad oltre 6 milioni; si stima altresì che anche il numero delle persone molto anziane

(ultra 85-enni) nell'arco dei dieci anni crescerà da 1 milione e duecentocinquanta circa del 2001 ad 1 milione e settecentomila circa del 2011. Proseguendo il trend di crescita evidenziato nella figura precedente, nel 2004 la percentuale degli ultrasessantacinquenni ha raggiunto il valore di 19,2%; due terzi della popolazione aveva tra 15 e 64 anni (66,6%) mentre solo uno su sette aveva meno di 15 anni (14,2%).

Il continuo e progressivo invecchiamento della popolazione italiana è espresso dall'andamento dei vari indici strutturali della popolazione, a partire dal cosiddetto "indice di vecchiaia", dato dal rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e

LA RETE OSPEDALIERA

Nel corso degli ultimi dieci anni si è assistito ad un mutamento di prospettiva dell'organizzazione dei servizi, con un peso crescente assegnato all'assistenza socio sanitaria territoriale ed un ruolo sempre più specialistico e circoscritto dei servizi ospedalieri. Le ragioni che spiegano questo cambiamento sono:

1. la costante crescita della popolazione anziana e il conseguente aumento della prevalenza delle patologie croniche che necessitano di una tipologia di assistenza che, di norma, non si confà all'ambiente ospedaliero;
2. l'incremento della spesa sanitaria, che trova ragione nelle dinamiche demografiche e nello sviluppo tecnologico scientifico (indagini diagnostiche e farmaci);

**PAROLE CHIAVE:**

Demografia sanitaria, integrazione, assistenza territoriale, cure primarie

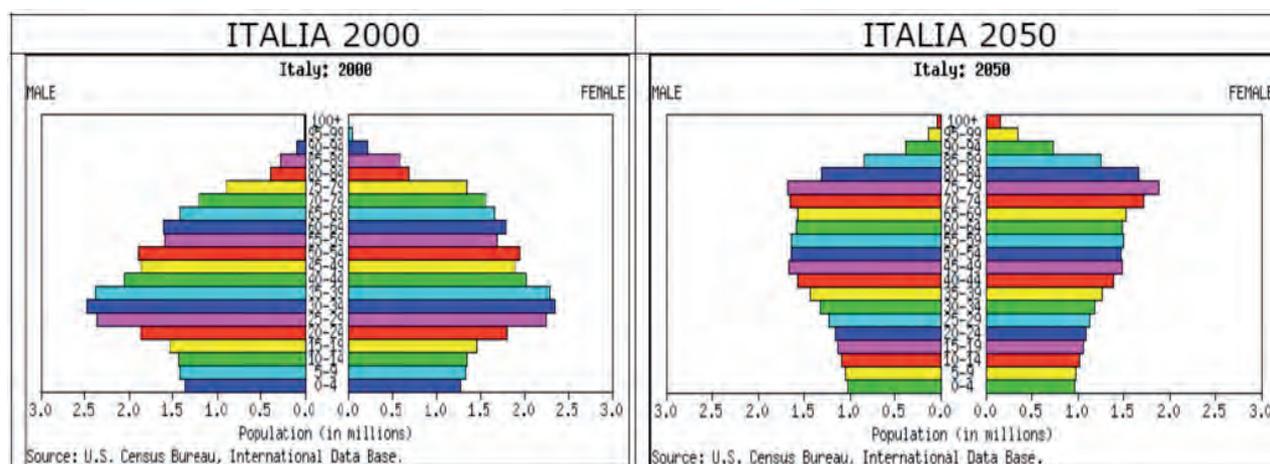


Figura 1: Piramide delle età. Confronto della distribuzione della popolazione per classi di età in Italia nell'anno 2000 con la stima dell'anno 2050

3. il mutamento del ricovero ospedaliero, di durata sempre minore, a più elevato case-mix e sempre meno frequente perché sostituito dall'erogazione di prestazioni in regime ambulatoriale.

Gli utenti ed i decisori politici chiedono sempre più cure efficaci, risposte in tempi rapidi, comfort alberghiero, rispetto dei propri diritti, con una attenzione critica verso l'erogazione delle cure ospedaliere.

Alla luce della necessità di assicurare la centralità del paziente e di configurare nosocomi come luoghi deputati al trattamento dell'acuzie, la normativa nazionale e regionale (per la Regione Toscana la legge di disciplina del servizio sanitario regionale del 2005) ha ridisegnato il ruolo dell'ospedale, l'organizzazione degli spazi di degenza e la sua stessa architettura.

La degenza ordinaria è sempre più riservata alle cure intensive o a quelle ad alta complessità. In questo scenario si inserisce il potenziamento delle

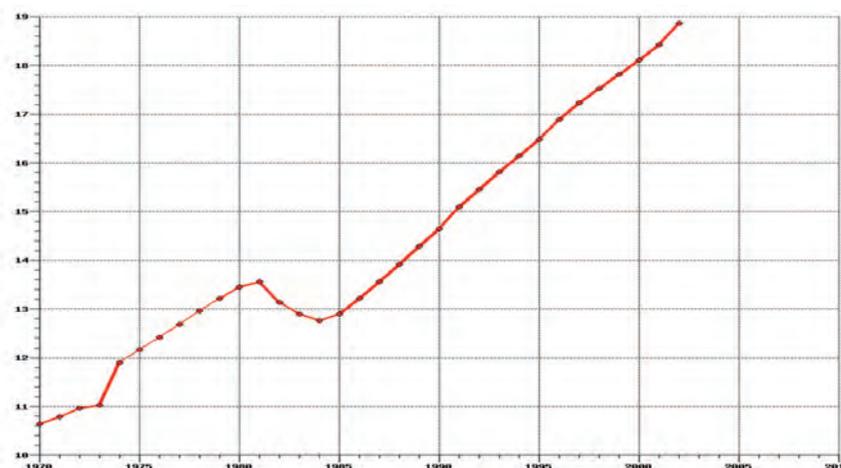


Figura 2: Percentuale della popolazione italiana ultrasessantacinquenne: evoluzione dal 1970 al 2002

strutture del territorio, pianificato dagli ultimi Piani Sanitari Nazionali e Regionali.

È necessario strutturare una rete assistenziale costituita da ospedali e da strutture territoriali, una rete costruita sulla base delle caratteristiche della distribuzione della popolazione nel

territorio di riferimento, delle peculiarità demografiche e dei bisogni di salute.

Sulla base delle considerazioni fin qui esposte, già da più di un decennio si è cominciato a disegnare, in talune realtà regionali italiane, un'articolazione della rete ospedaliera che

superasse il modello costituito da numerosi piccoli ospedali a grande diffusione sul territorio, per approdare ad un modello focalizzato su poche importanti strutture in cui centralizzare le competenze specialistiche e la tecnologia più costosa. Una rete articolata in piccoli ospedali diffusi consente una maggiore accessibilità all'utente, ma risulta una scelta costosa, poco efficiente e spesso penalizzante sul piano della qualità dell'assistenza.

La tendenza oggi più condivisa è quella che vuole una rete fatta di poche strutture ad elevata complessità assistenziale, intorno a cui si articola l'insieme dei presidi ospedalieri di minore complessità e di quelli territoriali (Catananti, 2002).

Costituire la rete ospedaliera significa programmare la costruzione di nuovi presidi ospedalieri e riorganizzare gli esistenti, con dimensioni ottimali di circa 400 posti letto, prevedendo la presenza in ciascun presidio dei servizi di base e distribuendo fra i diversi ospedali della rete tutte quelle attività che, per essere eseguite con *standard* qualitativi idonei, comportano volumi di attività non raggiungibili in ogni singolo presidio (Geddes, 2002).

Il processo di raggiungimento di una maggiore efficienza del sistema comporta, di pari passo alla strutturazione della rete, una ricostruzione dell'organizzazione assistenziale che sappia coniugare efficacia clinica ed efficienza gestionale e centri il proprio assetto sui processi e non sulle funzioni. Una volta individuato il percorso di cura che il paziente deve seguire, il modello organizzativo deve essere in grado di superare l'autoreferenzialità dei singoli settori coinvolti, prevedendo punti di contatto e connessioni tra le diverse strutture ospedaliere e tra l'ospedale e la rete delle cure territoriali.

La legge di disciplina del servizio sanitario toscano (n° 40/2005) prevede

che il presidio ospedaliero di zona, entro tre anni dall'entrata in vigore della legge, sia riorganizzato, prevedendo il mantenimento dell'organizzazione funzionale secondo settori specialistici omogenei, la strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza ed il regime di ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica. Il legislatore intende pertanto superare il modello dell'ospedale organizzato sul modello funzionale delle divisioni specialistiche, per approdare ad un modello in cui la responsabilità medica sia dissociata dalla responsabilità assistenziale, in cui gli spazi ambulatoriali e di degenza siano spazi comuni all'interno di ciascuna area funzionale.

Su tali principi sono impostate le "Linee guida per la progettazione" dei nuovi quattro ospedali previsti nelle Aziende di Massa e Carrara, Lucca, Pistoia e Prato. Le degenze saranno infatti realizzate su quattro livelli di intensità: un livello di intensità 1, che comprende le degenze intensive e subintensive (ad es. rianimazione, UTIC, stroke unite, subintensiva pneumologica, chirurgica etc) organizzate in un unico spazio nell'ospedale; un livello di intensità 2, che comprende le degenze per acuti suddivise per Aree Funzionali (Area medica, chirurgica, materno-infantile); un livello di intensità 3, dedicato ai pazienti post-acuti, organizzato in un unico spazio nell'ospedale. A tutto ciò si aggiungono l'assistenza a ciclo diurno di area medica e chirurgica (livello di intensità 4) e l'area ambulatoriale.

Tale organizzazione ospedaliera risulterà efficace solo se inserita in una adeguata organizzazione dei servizi territoriali con assoluta garanzia della continuità ospedale-territorio.

L'obiettivo è ambizioso. La riforma ospedaliera del 1968 ha organizzato

il sistema sull'autosufficienza e l'isolamento dei servizi di diagnosi e cura, all'interno dell'ospedale stesso e, a maggior ragione, nei confronti delle strutture presenti sul territorio, creando di fatto un "universo fatto di tante monadi, ciascuna con un proprio governo, fortemente gerarchizzato al proprio interno" (Cambieri, 2000). A distanza di quasi quaranta anni, nonostante l'istituzione del SSN e le riforme degli anni '90, l'aziendalizzazione, l'introduzione del finanziamento a DRG ed i cambiamenti delle caratteristiche dei ricoveri, l'organizzazione delle strutture deputate all'erogazione delle prestazioni è stata finora sostanzialmente immutata.

L'ASSISTENZA TERRITORIALE

L'obiettivo di disegnare un sistema capace di garantire l'integrazione fra le attività ospedaliere e l'assistenza territoriale, con la finalità di perseguire l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse e di garantire la centralità del paziente nel processo terapeutico, prevede che si proceda al potenziamento dei servizi territoriali, che dovranno essere capaci di assorbire la domanda di servizi diagnostici e terapeutici, per i quali non è necessario il ricovero e per i quali oggi i cittadini si rivolgono all'ospedale, e che, nel contempo, si diminuisca il volume di attività erogate dal livello ospedaliero, attività che saranno a sempre maggior contenuto tecnologico ed a maggiore intensità di cura.

Anche il Piano Sanitario Nazionale 2006 – 2008 prevede il graduale superamento dell'assistenza primaria basata sullo studio individuale del medico, in favore di forme sempre più aggregate ed integrate di organizzazione, rivolte anche ai medici di continuità assistenziale ed agli specialisti ambulatoriali, che consentano, in sedi uniche, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini per

24 ore, 7 giorni la settimana. Esperienze compiute in diverse realtà evidenziano che questa articolazione delle cure primarie consente una più appropriata erogazione dei servizi, un'efficace continuità assistenziale, una più incisiva attività di promozione e di educazione alla salute per i cittadini, la riduzione delle liste d'attesa, l'attivazione dei percorsi assistenziali e una più efficace integrazione socio sanitaria. Questo modello organizzativo può avere, inoltre, importanti ricadute sull'accesso improprio al Pronto Soccorso grazie anche alla valorizzazione di tutte le componenti sanitarie del sistema territoriale. Esaminiamo ora alcuni esempi di organizzazione dell'assistenza territoriale che valorizzano l'integrazione e la multiprofessionalità e che sembrano in grado di appropriarsi della centralità del percorso assistenziale.

L'esperienza statunitense del Kaiser Permanente

Il *Kaiser Permanente* è una *Health Maintenance Organization (HMO)* con circa 10 milioni di affiliati. È la *HMO* con il maggior numero di iscritti in California. In seguito ad un'analisi effettuata rapportando il *Kaiser Permanente* con il Sistema Sanitario Inglese (*NHS*), gli autori hanno rilevato il minore ricorso alla ospedalizzazione del servizio statunitense rispetto a quanto avviene in Gran Bretagna. *Kaiser Permanente* dispone, infatti, di una solida rete di servizi sul territorio, articolata in Cure Primarie e in Cure Intermedie. Le cure intermedie sono un'area di servizi integrati, sanitari e sociali (domiciliari, residenziali e semi-residenziali), finalizzata a garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera e a favorire il rapido recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti. Il rafforzamento di queste aree assistenziali favorisce la prevenzione dei

ricoveri non necessari e impropri e dei ricoveri ripetuti.

Nel territorio sono presenti poliambulatori in cui operano di norma 10 medici (il rapporto fra medici e cittadini è di 1 a 3000) di diverse specialità: internisti, ginecologi, pediatri e medici di medicina generale. Nei poliambulatori sono presenti anche altri professionisti, indispensabili nel processo assistenziale, quali infermieri, tecnici sanitari, altri medici specialisti, oltre a servizi, quali diagnostiche, farmacia e guardia medica. Tutti gli operatori sono a tempo esclusivo e condividono gli incentivi economici concordati, prevalentemente legati alla capacità di tenere basso il tasso di ospedalizzazione. Figura di raccordo fra il territorio e l'ospedale è l'*Hospitalist*, medico internista che ha la gestione del paziente dal punto di vista organizzativo e ne programma la dimissione, prendendo accordi con le strutture territoriali. Alla base del successo di *Kaiser Permanente* c'è anche un modello studiato e applicato per trattare i pazienti, sempre più affetti da patologie croniche. L'organizzazione dei sistemi sanitari, per come l'abbiamo conosciuta fino a questi ultimi anni, è stata incentrata sul livello ospedaliero, sia quanto ad assorbimento di risorse, sia quanto al ruolo dei nosocomi nel percorso diagnostico terapeutico, dal momento che la sanità è stata concepita per rispondere alle esigenze di assistenza dei malati acuti. Come emerge dai dati epidemiologici, la gestione dei pazienti cronici costituisce un carico sempre maggiore. Gli operatori del *Kaiser Permanente* hanno applicato un modello di assistenza noto come *Chronic Care Model (CCM)*, per dare risposta alle nuove esigenze di salute della popolazione. Il *CCM* si basa su una serie di elementi che solo in parte sono presenti nell'assistenza ospedaliera per acuti e nella tradizionale metodologia di approccio al paziente. L'assistenza

è, prima di tutto, multiprofessionale e consta di:

1. Autocura del paziente;
2. Team multidisciplinare con competenze condivise e con particolare utilizzo di *counseling* e di medicina di iniziativa;
3. Suddivisione dei compiti del team;
4. Costituzione di Registri di Patologia su cui basare la medicina di iniziativa (es: diabete, ipertensione, scompenso, ecc.);
5. Valutazione del rischio dei pazienti e stratificazione in classi di rischio (basso, medio, alto);
6. Linee guida adeguate e adottate da tutti.

Il *CCM* non può prescindere da un sistema informativo adeguato che permetta la condivisione delle informazioni fra i vari professionisti.

Il *CCM* è stato attivato negli anni novanta e oggi abbiamo i primi risultati, in termini di efficacia, documentati nello studio *Steno 2*: è stata rilevata una riduzione del 50% del rischio cardiovascolare nei soggetti diabetici seguiti per 8 anni con il *Chronic Care Model (CCM)*.

L'organizzazione territoriale del *Kaiser Permanente* e il *Chronic Care Model* rappresentano modelli organizzativi avanzati che possono essere ripresi ed adattati alla realtà territoriale italiana, così come già avvenuto in Gran Bretagna, dove è iniziata un'opera di riforma per introdurre un nuovo modello organizzativo per la cura delle malattie croniche.

Le Cure Primarie in Emilia Romagna

L'Emilia Romagna rappresenta un esempio italiano di riorganizzazione dell'assistenza territoriale che cerca di rispondere alle esigenze di multiprofessionalità e di integrazione socio-sanitaria.

Il Distretto è un macrolivello aziendale con il compito di attuazione locale delle strategie aziendali, elaborate con gli enti locali, e di organizzazione della produzione di assistenza primaria da

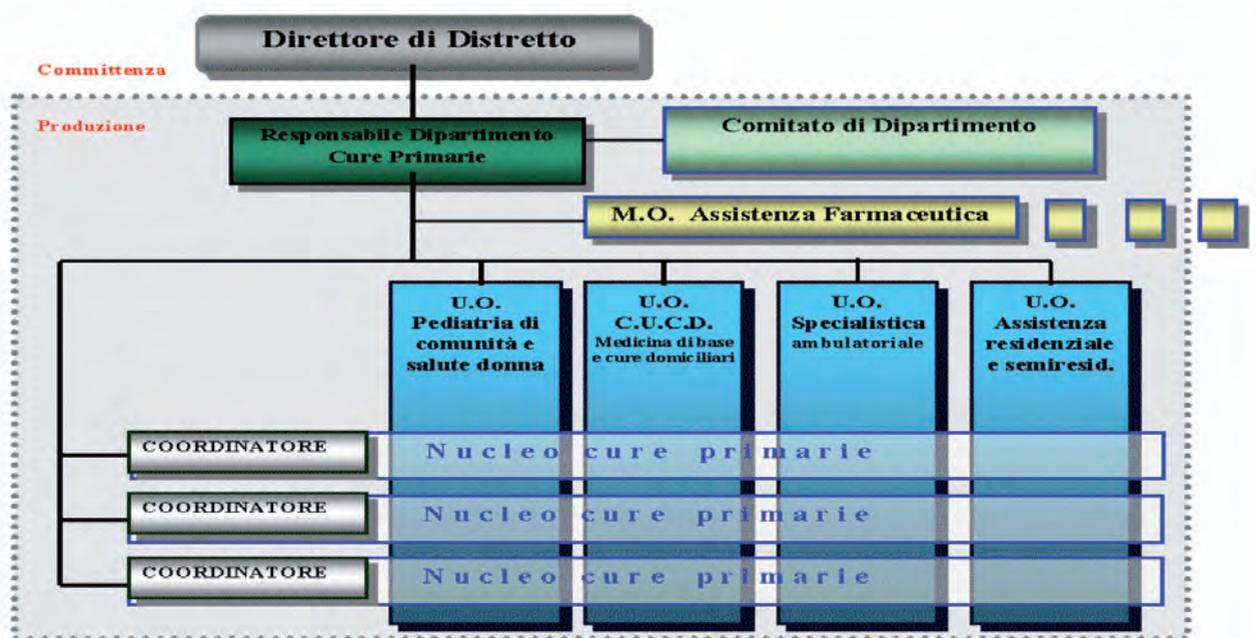


Figura 3: Schema di organizzazione distrettuale di una Azienda USL dell'Emilia Romagna (Reggio Emilia)

parte dei servizi territoriali. Esiste una separazione fra committenza e produzione che, pur afferendo entrambe al distretto, sono rispettivamente assegnate al direttore di distretto e ai dipartimenti che costituiscono il distretto stesso, prevalentemente al Dipartimento di Cure Primarie (DCP). Il DCP rappresenta il polo organizzativo del medico di medicina generale, che ritrova nelle cure primarie il suo ambito di ruolo e il suo campo operativo. Tutte le attività sanitarie si basano sul Governo Clinico dei processi, definito come "l'insieme dei comportamenti, responsabilità e azioni che l'organizzazione e i professionisti si danno per garantire il miglioramento continuo dei servizi erogati e la salvaguardia degli standard assistenziali" (Pasini, 2002). Il governo clinico si basa su strumenti quali le linee guida basate su EBM, procedure, definizione delle responsabilità, piani di miglioramento continuo, formazione, valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti, audit clinico, documentazione sanitaria e valorizzazione del ruolo dei pazienti. Il Piano Sanitario Regionale dell'Emilia

Romagna definisce il Dipartimento di cure primarie come "forma organizzativa della funzione di produzione dei servizi presenti a livello distrettuale, con il mandato specifico di organizzare e gestire il processo di produzione e garantire lo standard di prodotto dei servizi di assistenza primaria." Il DCP è costituito da più unità operative che hanno il compito di erogare servizi: assistenza di medicina generale e infermieristica, assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza farmaceutica, assistenza residenziale e semi-residenziale, assistenza pediatrica e assistenza consultoriale, integrando tali servizi con quelli sociali a rilievo sanitario erogati dai comuni. L'organizzazione distrettuale prevede anche la presenza di un nucleo operativo multiprofessionale, che costituisce il punto di riferimento per le cure primarie di un determinato territorio omogeneo con una popolazione di circa 10/30.000 abitanti. Tale organo è denominato Nucleo di Cure Primarie (NCP) e ha il compito di sviluppare l'integrazione professionale e operativa di diverse figure quali: medici di

medicina generale, pediatri di libera scelta, assistenti sanitarie, infermieri, assistenti sociali, educatori professionali, ostetrici, terapisti della riabilitazione, ecc. Le cure primarie non possono prescindere da una forte integrazione fra competenze di medicina generale e di specialistica, soprattutto per le patologie a elevata prevalenza (es. diabete, ipertensione); per tali patologie è possibile istituire ambulatori dedicati dove esiste la possibilità di afferire direttamente a visite specialistiche, lasciando al livello ospedaliero solo le attività di diagnosi e cura che richiedono tecnologie complesse. Ruolo fondamentale è svolto dal medico di medicina generale (MMG) e dai pediatri di libera scelta, fra i quali è nominato il coordinatore del NCP che ha il compito di assicurare coerenza con gli obiettivi assistenziali e collegamento con le strutture operative del DCP. Il modello descritto, su cui si basa il Dipartimento di Cure Primarie, è definito "a matrice" e prevede "la contemporanea presenza di servizi integrati verticalmente come strutture funzionali (Unità Operative, Moduli

Organizzativi), connotati da specializzazione tecnico-specialistica, ed equipe multiprofessionali (Nuclei di Cure Primarie) con un'integrazione prevalentemente orizzontale, caratterizzata dalla continuità degli interventi di cura e di assistenza e dalla presa in carico del paziente". I vantaggi portati da tale modello organizzativo, costituiti dalla allocazione flessibile delle risorse in base alle esigenze ambientali e dall'efficiente utilizzo delle risorse con maggiore sensibilità della risposta, si scontrano con difficoltà che sono riferibili alla presenza di livelli gerarchici superiori diversi e alla difficoltà di definizione di precisi ambiti di responsabilità e di autonomia funzionale.

Le Unità di Cure Primarie e le Società della Salute in Toscana

Il Piano Sanitario Regionale 2002-2004 della Regione Toscana prevedeva un maggior coinvolgimento dei medici di medicina generale, incentivando forme di associazionismo, con il fine di implementare servizi e attività che riportassero a livello territoriale prestazioni erogate impropriamente a livello ospedaliero.

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 contiene alcuni obiettivi da perseguire e fra questi è opportuno menzionare il progetto "Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e sociosanitari", che prevede un ruolo fondamentale della medicina generale e della pediatria di libera scelta, al fine di creare realtà non più ospedalocentriche, garantendo continuità assistenziale, percorsi assistenziali appropriati e integrazione con le attività specialistiche.

Il progetto suddetto è stato ripreso nell'accordo approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 24 luglio 2003. La centralità dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nel governo dei percorsi assistenziali e nell'integrazione fra le diverse figure professionali presenti in sanità è stata

assunta come obiettivo prioritario.

Le Cure Primarie, definite come "primo livello di contatto degli individui e della comunità con il servizio sanitario, per avvicinare il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove la popolazione vive e lavora", hanno il compito di sviluppare la continuità assistenziale e la multiprofessionalità.

Sulla base di tale accordo, la Regione Toscana si è posta come obiettivo di sperimentare, nel triennio 2005-2007, un modello di "Unità di Cure Primarie" (UCP) che assicuri, in un ambito territoriale di riferimento, l'intersectorialità e l'integrazione degli interventi socio-sanitari da parte di tutte le professionalità presenti.

Tale sperimentazione ha lo scopo di raggiungere alcuni obiettivi:

1. Erogazione di una effettiva continuità assistenziale nell'arco delle 24 ore per 7 giorni alla settimana, con la presa in carico del paziente;
2. Risposte sanitarie e socio-sanitarie organizzate di livello più complesso;
3. Diminuzione degli accessi al Pronto Soccorso;
4. Snellimento delle procedure burocratiche a favore dell'assistito;
5. Utilizzo da parte dei medici di linee guida comuni;
6. Realizzazione di percorsi assistenziali innovativi;
7. Attivazione di ambulatori per particolari patologie;
8. Risposta medico-infermieristica e specialistica h24 anche per l'assistenza domiciliare integrata, per le strutture residenziali, per gli hospices e per interventi anche personalizzati a pazienti con patologie croniche.

La riforma della organizzazione sanitaria territoriale avviata prevede, su tutto il territorio regionale, la realizzazione di Piani Integrati di Salute (PIS).

Il piano integrato di salute è definito nella legge regionale 40/2005 come "lo strumento partecipato di programmazione integrata delle politiche sociali e

sanitarie a livello di zona-distretto"; tale piano è coordinato con gli strumenti di programmazione e d'indirizzo locali e con gli strumenti amministrativi di competenza dei comuni nei settori che incidono sulle condizioni di benessere della popolazione. Il PIS costituisce lo strumento unico di programmazione socio-sanitaria di zona-distretto nelle realtà in cui è prevista la sperimentazione della Società della salute.

Il PIS ha durata triennale ed è redatto dall'Azienda Sanitaria Locale in collaborazione con gli Enti Locali, prevedendo momenti di raccordo e forme di rapporto con gli altri enti pubblici interessati e con le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale, della cooperazione sociale e del terzo settore.

Sebbene nella normativa e nei Piani Sanitari il distretto sia sempre stato considerato il livello organizzativo attraverso il quale realizzare l'integrazione fra assistenza sanitaria di base e assistenza sociale, la realtà ha sempre disatteso le aspettative, non realizzandosi una reale integrazione. La Toscana ha scelto di consolidare questa cultura cercando un nuovo modello organizzativo che coinvolgesse attivamente i comuni, la società civile, le associazioni e l'esperienza dei suoi servizi territoriali, affidando, in forma sperimentale, a nuovi organismi denominati Società della Salute (SdS) la gestione dell'assistenza socio-sanitaria.

Tali organismi "consortili" sono costituiti sulla base di una adesione volontaria dei soggetti coinvolti (Aziende USL e Comuni). Attualmente hanno aderito alla sperimentazione oltre la metà delle zone sociosanitarie regionali.

Le Società della Salute rappresentano una nuova soluzione organizzativa dell'assistenza territoriale, caratterizzata da cinque aspetti qualificanti:

- coinvolgimento delle comunità locali;
- garanzia di qualità e di appropriatezza;

- controllo e certezza dei costi;
- universalismo ed equità;
- imprenditorialità *non profit*.

La comunità locale, rappresentata dal comune e articolata in tutte le componenti della società civile, diventa protagonista della tutela della salute e del benessere sociale, assumendo non solo funzioni di programmazione e controllo, ma “compartecipando ad un governo comune del territorio finalizzato ad obiettivi di salute e divenendo, a tutti gli effetti, “cogestore” dei servizi socio - sanitari territoriali”.

L'elemento fondamentale introdotto dal nuovo modello organizzativo è costituito dalla partecipazione dei cittadini alle scelte in merito ai servizi socio – sanitari, attraverso le loro rappresentanze istituzionali e associative.

Le Società della Salute contrattano, con i soggetti erogatori, la quantità e le modalità di erogazione delle prestazioni specialistiche ospedaliere, sulla base dei bisogni, dei volumi attesi e nel rispetto dei volumi di prestazioni definiti dalla programmazione regionale e locale, attivando accordi bilaterali con i principali ospedali erogatori, in primo luogo con l'ospedale di riferimento della zona - distretto.

CONCLUSIONI

In molti paesi, nel corso di questi ultimi anni, le dinamiche demografiche, la crescita della spesa sanitaria e il recupero del ruolo delle comunità locali nel governo del sistema sanitario hanno condotto alla riorganizzazione dei servizi sanitari nel tentativo di spostare la centralità del processo assistenziale dal momento ospedaliero a quello territoriale. Queste riforme, di carattere istituzionale e organizzativo, hanno spesso incontrato “resistenze da parte del mondo dei professionisti” (Cicchetti 2002). Ciò trova ragione nell'esistenza, all'interno delle istituzioni ospedaliere, di tradizioni di lavoro consolidate, di un contesto

organizzativo sostanzialmente stabile, imperniato sul modello dei reparti specialistici, e della scarsa apertura alle ipotesi di rinnovamento del modello assistenziale.

Oltre alla particolare complessità nel trasferire competenze e risorse dall'ospedale al territorio e nell'organizzare la rete di Cure Primarie e Intermedie in grado spostare veramente il baricentro del processo assistenziale, si pone la sfida dell'integrazione fra l'assistenza sanitaria territoriale e i servizi sociali.

Forte delle esperienze acquisite da altre realtà territoriali (le HMO statunitensi, i Primary Health Trust britannici, l'organizzazione distrettuale dell'Emilia Romagna), la Regione Toscana ha avviato un processo di riforma del modello organizzativo socio-sanitario che vede come soggetto di integrazione delle diverse competenze istituzionali la Società della Salute, la quale utilizza come strumento unico di pianificazione il Piano Integrato di Salute.

BIBLIOGRAFIA

Cambieri A. (2000), “Ospedale in transizione: dalla carità al mercato”, *L'Arco di Giano*, 26, pp. 13-40.

Catananti C. (2002), “Esiste un modello ideale?”, *Salute e Territorio*, 131, pp. 117-120.

Cicchetti A. (2002), “L'organizzazione dell'ospedale”, *Vita e Pensiero*, Milano.

Feachem R., Sekhri N., Karen L. (2002), “White Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente”, *BMJ*, 324, pp. 135-143.

Geddes M. (2002), “La questione ospedaliera”, *Salute e Territorio*, 131, pp. 78-79.

Geddes M. (2002), “Le politiche ospedaliere in Italia”, *Salute e Territorio*, 131, pp. 92-99.

Geddes M. (2006), “Il rapporto tra ospedale e territorio”, *Prospettive sociali e*

sanitarie, 21, pp. 1-5.

Geddes M. (2006), “Il rapporto tra ospedale e territorio”, *Prospettive sociali e sanitarie*, 22, pp. 3-7.

Ham C., York N., Sutch S., Shaw R. (2003), “Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data” *BMJ*, 327, pp. 1257.

Light D., Dixon M. (2004), “Making the NHS more like Kaiser Permanente”, *BMJ* 328, pp. 763-765.

Maciocco G., Tediosi F. (2003), “Il sistema sanitario americano”, *Prospettive sociali e sanitarie*, 19, pp. 1-25.

Ministero della Salute, Piano Sanitario Nazionale 2003 – 2005.

Ministero della Salute, Piano Sanitario Nazionale 2006 – 2008.

Pasini P. (2002), “Le cure primarie e il medico di medicina generale”, *Salute e Territorio*, 132, pp. 182-187.

Regione Emilia Romagna, Agenzia Regionale di Sanità (2002), “I piani per la salute”, *Salute e Territorio*, 132, pp. 163-177.

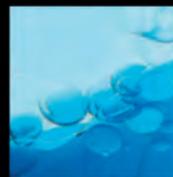
Regione Emilia Romagna, Piano Sanitario Regionale 1999 – 2001.

Regione Toscana, Piano Sanitario Regionale 2002 – 2004.

Regione Toscana, Piano Sanitario Regionale 2005 – 2007.



*Prodotti e sistemi
per microfiltrazione.*



PALL Life Sciences

Divisione della Pall Italia s.r.l.

Pall Italia s.r.l.
Via Emilia 26, 20090 Buccinasco Mi
Tel. 02.488870.1 Fax 02.4880014
www.pall.com

Filtration. Separation. Solution.SM

Distribuzione diretta dei farmaci: l'esperienza dell'A.O. "G. Rummo" di Benevento

Riassunto

L'erogazione dei farmaci ai dimessi rappresenta un utile strumento, non solo di controllo e contenimento della spesa farmaceutica, ma anche di analisi farmaco-epidemiologica. Pertanto, presso l'A.O. "G. Rummo" di Benevento è stato avviato un progetto volto a stimolare un maggiore utilizzo della distribuzione diretta. Partendo dalla constatazione che il numero di ricette di dimissione pervenute alla Farmacia Ospedaliera generalmente è notevolmente inferiore rispetto al numero dei dimessi ed al fine di individuare le motivazioni del poco frequente ritiro dei farmaci all'atto della dimissione, si è deciso di analizzare le cartelle cliniche relative agli utenti ammessi in ospedale in regime di ricovero ordinario che, nel mese di aprile 2005, all'atto della dimissione, non hanno ritirato i medicinali prescritti presso la Farmacia Ospedaliera. Dall'analisi condotta è emerso che al 42,9% dei dimessi che non si era recato in Farmacia era stata consigliata una terapia farmacologica e che nel 79,8% dei casi erano stati prescritti farmaci di Fascia A. Alla maggior parte dei pazienti, inoltre, erano stati indicati principi attivi e/o specialità medicinali contemplati nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero, il che, ancor di più, non giustifica il mancato ritiro dei farmaci prescritti presso la Farmacia Ospedaliera. Pertanto, in base alle problematiche che si sono evidenziate nel percorso di prescrizione/consegna dei medicinali ai dimessi, sono stati programmati opportuni interventi di sensibilizzazione del personale e dell'utenza, al fine di stimolare un più frequente utilizzo della distribuzione diretta dei farmaci.

In effetti, l'erogazione diretta dei farmaci si è rivelata anche un utile strumento di analisi farmaco-epidemiologica dell'appropriatezza delle prescrizioni; infatti, alle Farmacie Ospedaliere, divenute anello di congiunzione tra gli Specialisti ed i Medici di Medicina Generale, pervengono tutta una serie di informazioni che permettono di correlare le strategie terapeutiche impostate, alle patologie specifiche ^{4,5}.

Infine, la distribuzione diretta dei farmaci offre l'opportunità al Farmacista Ospedaliero di instaurare con l'utente un rapporto diretto, che gli consente di fornire informazioni sulle modalità di conservazione e di somministrazione dei farmaci, su eventuali effetti collaterali, etc. ⁶.

Per tali motivi, la Farmacia Ospedaliera e la Direzione Medica di Presidio dell'A.O. "G. Rummo" di Benevento hanno elaborato un progetto volto a stimolare un maggiore utilizzo dell'opportunità offerta dalla distribuzione diretta dei farmaci, mettendo in atto opportuni interventi di sensibilizzazione del personale e dell'utenza in base alle problematiche che si è visto presentarsi nel percorso di prescrizione/consegna dei medicinali ai dimessi. A tal fine, partendo dalla constatazione che il numero di ricette di dimissione pervenute alla Farmacia Ospedaliera generalmente è notevolmente inferiore rispetto al numero dei dimessi, si è deciso di analizzare le cartelle cliniche relative agli utenti ammessi in ospedale in regime di ricovero ordinario che, nel mese di aprile 2005, all'atto della dimissione, non hanno ritirato i farmaci prescritti presso la Farmacia Ospedaliera. Lo scopo è

Federica D'Agostino*, **Concetta Goglia****, **Angela Pasquariello****,
Walter Longanella****, **Assunta Racca****, **Michele Rossi*****,
Rosario Lanzetta***, **Pasquale Ferro***

* Direzione Medica di Presidio - A.O. "G. Rummo" di Benevento

** Farmacia Ospedaliera - A.O. "G. Rummo" di Benevento

*** Direzione Strategica Aziendale - A.O. "G. Rummo"

**** Direzione Sanitaria - Presidio Ospedaliero ASL 1 Napoli

INTRODUZIONE

Ai sensi della Legge 405 del 2001¹, anticipata in Regione Campania con Delibera n. 4063 del 7.9.2001², la Farmacia Ospedaliera distribuisce direttamente ai dimessi i medicinali prescritti per il primo ciclo di cure. L'obiettivo della Legge è duplice:

- facilitare la continuità della cura (per proseguire la terapia intrapresa nel corso del ricovero in ospedale,

per il primo ciclo di terapia, il paziente non deve ricorrere subito al Medico di Medicina Generale, che potrà subentrare per le prescrizioni successive alla prima);

- ottenere un notevole risparmio da parte del SSN sul prezzo di rimborso dei medicinali (alle strutture ospedaliere le case farmaceutiche offrono dei prezzi notevolmente ridotti rispetto alle farmacie private)³.

**PAROLE CHIAVE:**

Distribuzione diretta, primo ciclo terapeutico, farmacista ospedaliero

stato quello di valutare, in base alle informazioni riportate sul foglio di dimissione e alla presenza/assenza di copia della ricetta:

- quanti di coloro che non hanno usufruito della distribuzione diretta effettivamente non fossero bisognevoli di terapia;
- quanti, pur in possesso di regolare ricetta, hanno scelto liberamente di servirsi presso le farmacie private;
- a quanti, anche avendone bisogno, lo specialista non ha prescritto i farmaci per il primo ciclo di cure sull'apposito ricettario in dotazione presso tutte le Unità Operative.

MATERIALI E METODI**Contesto operativo**

A partire dal 21/11/2001, l'Azienda Ospedaliera "G. Rummo" di Benevento ha intrapreso la distribuzione diretta dei farmaci. La prescrizione/erogazione dei medicinali ai dimessi segue il seguente percorso (vedi Figura 1):

- presso ciascuna Unità Operativa, il medico che cura l'atto della dimissione, laddove lo ritenga opportuno in base alle necessità dell'utente, prescrive in triplice copia la terapia sull'apposito ricettario stampato su carta autocalcante;
- il medico prescrittore allega alla cartella clinica una copia della ricetta e consegna le altre due copie all'utente, unitamente al duplicato della lettera di dimissione indirizzata al Medico di Medicina Generale;

- l'utente si reca in farmacia dove consegna la ricetta in originale e la restante copia;
- il farmacista controlla che la ricetta pervenuta sia compilata correttamente sia nella forma (nome del paziente, codice fiscale, etc.) che nel contenuto (prescrizione

di farmaci di Fascia A, farmaci presenti nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero, rispetto delle note CUF);

- il farmacista, appurata la validità della prescrizione, compila la sezione del modello riservatagli e consegna all'utente la ricetta originale ed i farmaci richiesti;
- nel caso in cui la richiesta non possa essere immediatamente evasa, contatta il medico prescrittore affinché, se possibile, apporti le dovute correzioni ed annota le motivazioni della mancata consegna.

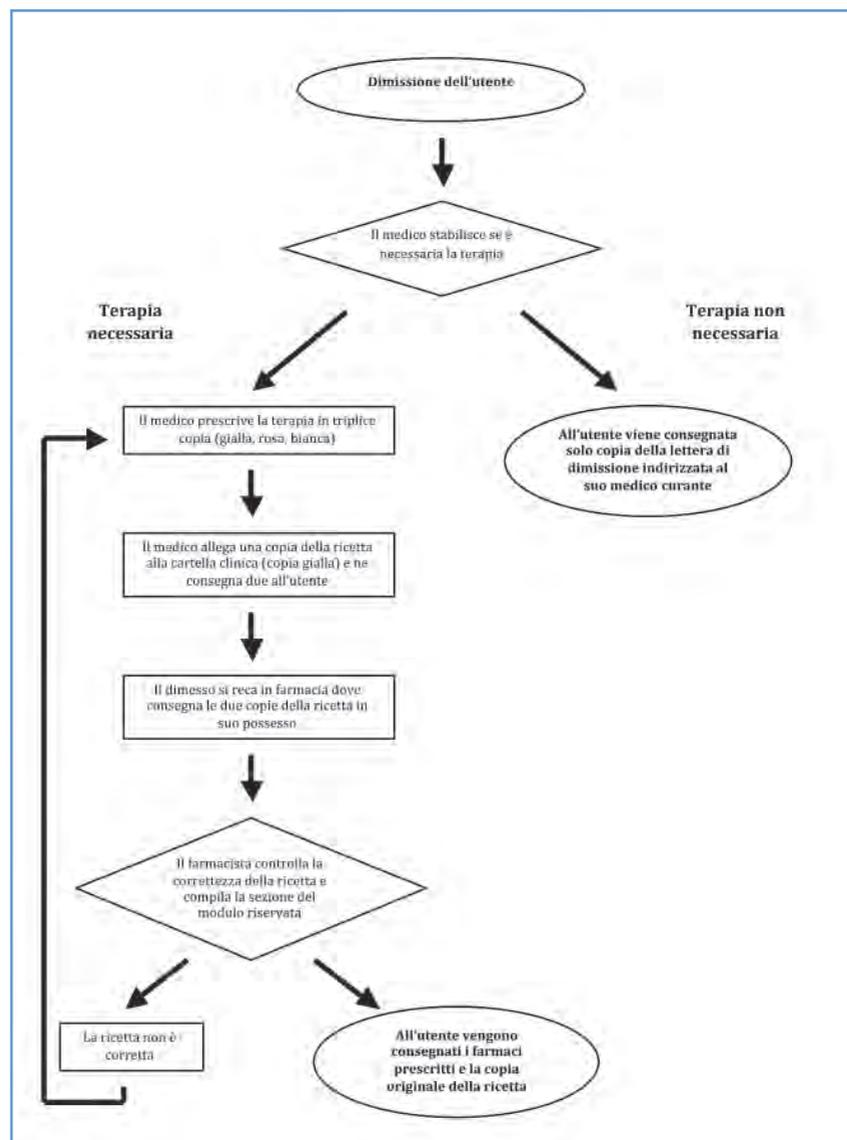


Figura 1. Percorso della prescrizione/erogazione dei farmaci all'atto della dimissione

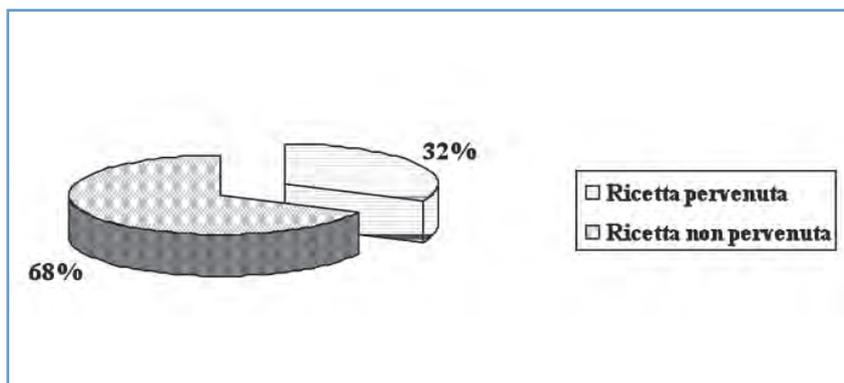


Figura II. Percentuali di ricette di dimissione pervenute/non pervenute presso la Farmacia

Rilevazione

Utilizzando un'apposita scheda di rilevazione, sono state analizzate le cartelle cliniche relative a tutti i dimessi del mese di aprile del 2005 ammessi in ospedale in regime di ricovero ordinario che, prima di lasciare l'Ospedale, non si sono recati in Farmacia.

Sono state escluse dall'analisi:

- le cartelle cliniche appartenenti ai pazienti deceduti;
- le cartelle cliniche dei dimessi contro il parere dei sanitari per i quali non è prevista alcuna prescrizione;
- le cartelle cliniche ancora non pervenute in archivio al momento della rilevazione.

Per ciascuna cartella analizzata sono

state valutate:

- la presenza/assenza della copia del foglio di dimissione;
- la presenza/assenza della copia della ricetta, laddove essa fosse necessaria;
- la presenza/assenza di prescrizioni farmaceutiche;
- la presenza/assenza della prescrizione di farmaci di Fascia A;
- la presenza/assenza della prescrizione di farmaci e/o prodotti di Fascia C;
- la presenza/assenza di principi attivi compresi nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero;
- la congruenza delle prescrizioni fra il foglio di dimissione e la ricetta, laddove presenti entrambi.

RISULTATI

Dei 1592 dimessi nel mese di aprile, ben 1083 utenti (vale a dire il 68,0 %) non si sono recati in Farmacia per ritirare i medicinali utili al primo ciclo di terapia (vedi Figura II).

In base ai sopra menzionati criteri di esclusione, sono state analizzate 983 cartelle cliniche per verificare quanti di coloro che non hanno usufruito della distribuzione diretta dei medicinali, effettivamente non fossero bisognevoli di terapia.

Dall'analisi delle 983 cartelle selezionate è emerso che (vedi Tabella 1):

- nel 42,9 % dei casi, all'utente in dimissione è stata consigliata una terapia farmacologica;
- nel 12,6 % dei casi, non vi è alcuna prescrizione;
- nel 44,5 % dei casi, invece, non è stato possibile rilevare il dato in quanto, nelle cartelle cliniche analizzate, non è stato possibile reperire copia del foglio di dimissione e/o dell'eventuale ricetta (vedi Tabella 2); ciò, presumibilmente, sottostima i risultati della nostra indagine.

Nel 79,8% dei casi in cui sono state riscontrate prescrizioni far-

Tabella 1. Presenza/Assenza di prescrizioni farmaceutiche all'atto della dimissione

	N	%
Presenza di prescrizioni farmaceutiche	422	42,9
Assenza di prescrizioni farmaceutiche	124	12,6
Non rilevato	437	44,5
Totale	983	100,0

Tabella 2. Presenza del foglio di dimissione e/o della copia della ricetta

	N	%
Presenza solo del foglio di dimissione	474	48,2
Presenza solo della ricetta	6	0,6
Presenza di entrambi	66	6,7
Assenza di entrambi	437	44,5
Totale	983	100,0

Tabella 3. Tipologia delle prescrizioni farmaceutiche

	N	%
Solo farmaci di Fascia A	304	72,0
Solo farmaci di Fascia C	85	20,1
Farmaci di Fascia A e C	33	7,8
Totale*	422	100,0

*Totale dei casi in cui è presente una prescrizione

Tabella 4. Presenza/Assenza della ricetta nei casi in cui vengono prescritti farmaci di Fascia A

	N	%
Presenza della ricetta	72	21,4
Assenza della ricetta	265	78,6
Totale*	337*	100,0

*Totale dei casi in cui sono prescritti farmaci di Fascia A

Tabella 5. Presenza/Assenza nel PTO dei farmaci di Fascia A prescritti

	N	%
Tutti presenti	219	65,0
Tutti assenti	42	12,5
In parte presenti e in parte assenti	76	22,5
Totale*	337*	100,0

*Totale dei casi in cui sono prescritti farmaci di Fascia A

maceutiche, è stata rilevata la presenza di prescrizioni di farmaci di Fascia A da soli (72,0%) o in associazione a farmaci di Fascia C (7,8%) (vedi Tabella 3).

Infine, delle 337 cartelle in cui è stato possibile stabilire la prescrizione di farmaci di Fascia A è emerso che:

- solo il 21,4% contiene copia della ricetta da presentare in farmacia (vedi Tabella 4);
- il 35,0% reca prescrizione di principi attivi e/o specialità medicinali tutti o in parte assenti nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero (vedi Tabella 5).

DISCUSSIONE E CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Dai risultati ottenuti emerge che una buona parte dei dimessi, non

sfrutta l'opportunità offerta dalla distribuzione diretta dei farmaci.

In realtà, non è possibile stabilire se ciò dipenda dalla mancata prescrizione su apposito ricettario oppure dalla scarsa sensibilità degli utenti che, pur in presenza di ricetta, preferiscono recarsi dal proprio Medico di Medicina Generale.

La non generalizzata abitudine di allegare copia dell'eventuale ricetta in cartella clinica, infatti, ha rappresentato un limite alla verifica condotta.

Stesso dicasi per il foglio di dimissione ospedaliera che, in molti casi, non è stato reperibile e la cui assenza non ci ha consentito di stabilire se il paziente dimesso avesse o meno bisogno di farmaci.

Ad ogni modo, pur considerando solo i casi in cui è possibile

analizzare il foglio di dimissione e/o copia della ricetta, l'analisi condotta ha evidenziato che in molti casi, all'utente per il quale si ritiene necessaria una terapia con farmaci di fascia A, presumibilmente, non viene consigliato di ritirare direttamente i medicinali di cui ha bisogno presso la Farmacia Ospedaliera.

Nella maggior parte dei casi in cui se ne rende necessaria la prescrizione, inoltre, all'utente vengono indicati principi attivi e/o specialità medicinali contemplati nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero il che, ancor di più, non giustifica il mancato passaggio dell'utente presso la Farmacia Ospedaliera. Per tutti i motivi appena esposti, si ritiene necessario stimolare tutti i medici dell'Azienda a:

- prestare attenzione ad allegare

re sempre alla cartella clinica copia del foglio di dimissione e dell'eventuale ricetta consegnata all'utente;

- utilizzare la possibilità della distribuzione diretta dei farmaci prescrivendo le terapie, laddove se ne ravvisi la necessità, sull'apposito ricettario in dotazione presso le Unità Operative, facendo sempre riferimento al Prontuario Terapeutico Ospedaliero;
- fornire agli utenti le informazioni necessarie affinché, in caso di prescrizioni terapeutiche di farmaci di Fascia A, al momento della dimissione, si rechino presso la Farmacia Ospedaliera per ritirare i medicinali utili al primo ciclo di terapia.

A tal fine, potrebbe essere utile:

informare e motivare l'utenza ad utilizzare la possibilità offerta dalla distribuzione diretta dei farmaci, affiggendo in tutte le Unità Operative appositi cartelli informativi rivolti ai cittadini;
organizzare incontri con i vari Responsabili delle Unità Operative per presentare i dati scaturiti dall'indagine e sensibilizzarli sull'argomento.

BIBLIOGRAFIA

1. Legge n. 405 del 16.11.2001 (Gazzetta Ufficiale n. 268 del 17.11.2001);
2. Delibera della Giunta della Regione Campania n. 4063 del 7.9.2001;
3. Congedo R, Cogo M. Erogazione della terapia in dimissione. Un servizio o un risparmio? *Bollettino SIFO* 2003; 49: 270-5;

4. Ajolfi C, Preziosi E, Gamberoni L, De rosa MM. Distribuzione diretta dei farmaci (Legge 405/01): analisi della prescrizione farmaceutica in dimissione da ricovero. *Bollettino SIFO* 2003; 49: 265-9;

5. Brini P, Dairaghi M, Donetti L, Ferrari L, Rossi C. Distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico: modalità operative e criticità del percorso. *Bollettino SIFO* 2003; 49: 43-50;

6. Brini P, Cerutti C, Dairaghi M, Mancini P. Distribuzione diretta di farmaci: una collaborazione tra farmacisti, medici specialisti, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. *Bollettino SIFO* 2003; 49: 265-9

Nacatur International

Linea 626
Dispositivi di Protezione Individuale

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



Feel the innovation



AQUAZERO

La tecnologia che riduce i consumi d'acqua nella sterilizzazione a vapore



Aquazero è il nome dato all'innovativo sistema, recentemente brevettato, dopo una lunga e intensa ricerca e un processo di sviluppo che ha portato alla realizzazione di un dispositivo per il vuoto ad alte prestazioni, senza l'utilizzo dell'acqua di raffreddamento; il sistema consente di ottenere risultati migliori nella formazione del pre e post vuoto, con una riduzione dei tempi del ciclo di sterilizzazione. Raggiunge e supera i parametri richiesti per il vuoto con un processo totalmente indipendente che non ha conseguenze sull'ambiente circostante e minimi costi di manutenzione.

Il sistema Aquazero ha un rapporto costo/beneficio decisamente conveniente rispetto ai costi di utilizzo di un sistema ad acqua.

Aquazero: la soluzione che tutti aspettavamo

Incidenza delle infezioni delle ferite chirurgiche. Risultati di uno studio condotto nella ASL10 di Firenze

Riassunto

L'incidenza delle infezioni del sito chirurgico è del 4,1% e, la percentuale di infezioni è lievemente superiore in chirurgia (4,5%), rispetto a Ostetricia e Ginecologia (3,2%). Sono stati arruolati 418 pazienti (di cui il 54,7% era di sesso femminile), 292 ricoverati in Chirurgia (69,9%) e 126 in Ostetricia e Ginecologia (30,1%). La profilassi è stata effettuata con: cefazolina (55,7%), cefuroxima (16,1%). Raffrontando i nostri dati con quanto riportato in precedenti indagini, si può affermare che la percentuale di incidenza di infezione della ferita chirurgica nella popolazione da noi studiata è simile a quanto rilevato in altre Regioni del centro-nord (Friuli Venezia Giulia, Piemonte ed Emilia Romagna). Questo indica che le metodiche di sorveglianza intraprese dalle strutture sanitarie operanti all'interno dell'Azienda Sanitaria di Firenze hanno avuto un ruolo consistente.

Anna Patrizia Poli*, **Pierluigi Tosi****, **Angiolo Baroni****, **Irene Ruffino******, **Alessandro Barchielli******, **Francesco Mandò******, **Carmina Cairo******

* Coordinamento Aziendale Infezioni Ospedaliere ASL 10 Firenze

** Direzione Sanitaria - Azienda USL 10 Firenze

*** U.O. Farmacia - Ospedale Santa Maria Nuova ASL 10 Firenze

**** CIO Aziendale ASL 10 Firenze

INTRODUZIONE

Le infezioni nelle strutture sanitarie continuano a rappresentare un problema rilevante. Esse hanno infatti un impatto notevole sia in termini sanitari, data la morbilità e mortalità associate, sia in termini economici per le giornate aggiuntive di degenza e gli interventi assistenziali necessari per la loro diagnosi e il loro trattamento. Inoltre, rappresentano un indicatore importante e sensibile della qualità dell'assistenza prestata: ai tradizionali rischi legati a problemi di igiene ambientale si associano infatti quelli derivanti da comportamenti, pratiche professionali e assetti organizzativi inadeguati. Studi nazionali indicano che la frequenza con cui compare una com-

plicanza infettiva è pari al 5-10 % per i pazienti ricoverati in ospedale, al 5% per i pazienti residenti in strutture per anziani ed all' 1% per i pazienti assistiti a domicilio.

In Toscana la stima delle infezioni ospedaliere è di 35.000 casi/anno; ad esse sono attribuibili 350 decessi e 630.000 giornate degenza/anno con un tasso di prevalenza del 4,9%.

MATERIALI E METODI

Questo studio sull'incidenza delle infezioni del sito chirurgico è stato condotto nei seguenti Presidi della ASL 10 di Firenze: S. Maria Nuova, S. Maria Annunziata, Nuovo S. Giovanni di Dio, Ospedale del Mugello e Ospedale Serristori. Ha partecipato allo studio anche

un'azienda privata con sede nel territorio della ASL di Firenze: la Casa di Cura Villanova.

Lo studio è stato progettato per rispondere ai seguenti obiettivi:

- Stimare l'incidenza delle infezioni della ferita chirurgica a 30 giorni di distanza da un intervento. Sono stati selezionati alcuni tipi di intervento chirurgico, prevalentemente fra quelli puliti e puliti-contaminati.
- Identificare e ridurre il rischio di acquisire e trasmettere infezioni tra paziente e personale sanitario mirando su attività e processi che coinvolgono direttamente o indirettamente la cura del paziente.
- Correlare il rischio infettivo alla tipologia dell'intervento chirurgico, alla classe ASA, alla durata dell'intervento, ai regimi di profilassi ed eventuale terapia antibiotica per gli interventi inclusi nello studio.

Allo scopo di garantire la confrontabilità e l'omogeneità dei dati raccolti, sono stati arruolati consecutivamente in un periodo di due mesi (febbraio-marzo 2006), previo rilascio del consenso informato, tutti i pazienti ricoverati in UU. OO. di Chirurgia Generale e di Ostetricia e Ginecologia per:

- colecistectomia (tradizionale e per via laparoscopica);
- riparazione di ernia inguinale, crurale o ombelicale con o senza impianto di rete;
- chirurgia del colon, incluse le anastomosi;

**PAROLE CHIAVE:**

Incidenza, infezione, profilassi

- isterectomia (per via addominale e per via laparoscopica) con o senza ovariectomia e/o salpingectomia;
- parto cesareo.

La rilevazione dell'infezione post chirurgica è stata effettuata dai referenti medici e infermieri dell'Unità Operativa oggetto dello studio

e del Nucleo Operativo per il controllo delle infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali. Lo studio è stato condotto tramite la compilazione di un'apposita scheda con rilevazioni effettuate al momento del ricovero, dopo l'intervento chirurgico ed alla dimissione. La scheda era completata con un'intervista telefonica di follow-up a

30 giorni dall'intervento. Complessivamente sono stati arruolati 418 pazienti (di cui il 54,7% era di sesso femminile), 292 ricoverati in Chirurgia (69,9%) e 126 in Ostetricia e Ginecologia (30,1%).

L'età media dei pazienti era di 55,3±18,5 anni. Il 32,8% presentava al momento del ricovero patologie concomitanti.

In base al punteggio ASA (American Society of Anesthesiologists Classification System) il 70,1% della popolazione studiata era in buone condizioni di salute (ASA I), il 23,2% in ASA II e solo il 6,7% presentava un livello maggiore di comorbidità (ASA III+).

Tabella 1. Casistica arruolata per Ospedale e Reparto

Incidenza di infezioni ospedaliere per reparto, totale e sito chirurgico						
Ospedale	Reparto	N°	Infezioni totali		Infezioni sito chirurgico	
			N°	per 100 interventi	N°	per 100 interventi
Mugello	Chirurgia	63	0	-	0	-
	Ostetricia-ginecologia	22	0	-	0	-
NSGD	Chirurgia	70	3	4,3%	3	4,3%
	Ostetricia-ginecologia	55	2	3,6%	2	3,6%
OSMA	Chirurgia	25	1	4,0%	0	-
	Ostetricia-ginecologia	49	6	12,2%	2	4,1%
Serristori	Chirurgia	59	6	10,2%	6	10,2%
SMN	Chirurgia	66	4	6,1%	4	6,1%
Villanova	Chirurgia	9	0	-	0	-

Tabella 2. Casistica in base al tipo di intervento

Incidenza di infezioni ospedaliere per procedura chirurgica, totale e sito chirurgico					
Procedura chirurgica	N° interventi	Infezioni totali		Infezioni sito chirurgico	
		N°	per 100 interventi	N°	per 100 interventi
Colecistectomia	120	7	5,8%	6	5,0%
Intervento colon	38	3	7,9%	3	7,9%
Parto cesareo	102	2	2,0%	2	2,0%
Intervento ernia inguin. ecc.	134	4	3,0%	4	3,0%
Isterectomia	24	6	25,0%	2	8,3%

Tabella 3. Caratteristiche generali dei Pazienti

		Totale casistica	Tipologia reparto		
			Ostetricia ginecologia	Chirurgia	p
Età in anni	media (DS)	55,3 (18,5)	36,8 (10,0)	63,2 (15,4)	<0.001
Sesso femminile	N° (%)	229 (54,7%)	126 (100%)	103 (35,3%)	<0.001
Presenza comorbidità	N° (%)	137 (32,8%)	23 (18,2%)	114 (39,0%)	<0.001
Esito del ricovero: - deceduto (per altra causa)	N° (%)	3 (0,7%)	1 (0,8%)	2 (0,7%)	0.42

Tabella 4. Classificazione sullo stato fisico dei pazienti

STATO FISICO PAZIENTI American Society of Anesthesiologists classification system	Totale casistica		Ostetricia ginecologia	Chirurgia	p
	%	Range tra i reparti	%	%	
ASA I	70,1%	22%-100%	93,7%	59,9%	<0.001
ASA II	23,2%	2%-59%	4,7%	31,2%	
ASA III+	6,7%	0%-18%	1,6%	8,9%	

Tabella 5. Caratteristiche degli interventi e dei pazienti oggetto dello studio

	Totale	Ostetricia e Ginecologia	Chirurgia	p
Interventi puliti	49,2%	54,8%	46,9%	<0.001
Interventi puliti-contaminati	41,2%	45,2%	39,4%	
Interventi contaminati	6,5%	0%	9,3%	
Interventi sporchi	3,1%	0%	4,5%	
Classe ASA 1	70,1%	93,7	59,9%	<0.001
Classe ASA 2	23,2%	4,7%	31,2%	
Classe ASA 3+	6,7%	1,6%	8,9%	
Operati in urgenza	17,9%	34,9%	10,2%	<0.001
In laparoscopia (*)	68,4%	-	-	
In anestesia generale	50,0%	22,2%	62,0%	<0.001

L'analisi dell'utilizzo della profilassi antibiotica è stata possibile su 404 di 418 pazienti (96,7%) ed ha indicato che nell' 80,7% dei casi è stato utilizzato un solo principio

attivo, nel 19,3% due o più principi attivi. Per il 4,2% dei pazienti studiati, la somministrazione della profilassi antibiotica è iniziata il giorno precedente l'intervento, per

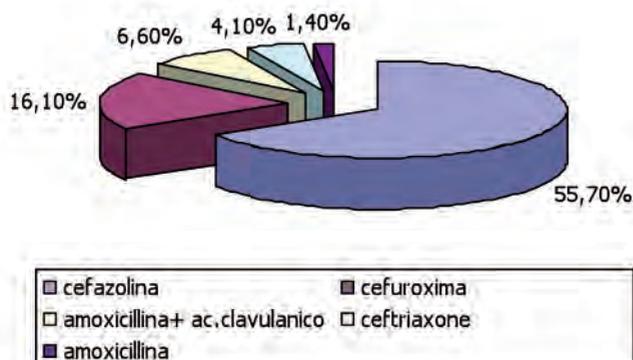
l' 88,2% immediatamente prima dell'intervento (14,1% in reparto e 76,1% in sala operatoria) e per il 5,6% nei giorni successivi l'intervento.

Tabella 6. Incidenza delle infezioni ospedaliere

Sede infezione	Ostetricia-ginecologia		Chirurgia	
	N° (tot. 126)	per 100 interventi	N° (tot. 292)	per 100 interventi
Infezioni sito chirurgico	4	3,2%	13	4,5%
Infezioni altre localizzazioni	4	3,2%	1	0,3%
Infezioni totali	8	6,4%	14	4,8%

Sede infezione	N°	%	per 100 interventi
Infezioni sito chirurgico	17	77,3%	4,1%
Infezioni vie urinarie	4	18,2%	1,0%
Infezioni sistemiche	1	4,5%	0,2%
Infezioni totali	22	100%	5,3%

Grafico 1. Principi Attivi utilizzati in Profilassi Chirurgica



La profilassi è stata effettuata con molteplici molecole di antibiotici. Le più utilizzate sono state:

cefazolina (55,7%),
cefuroxima (16,1%),
amoxicillina-ac.clavulanico (6,6%),
ceftriaxone (4,1%),
amoxicillina (1,4%).

La somministrazione è stata in un'unica dose per il 72,2%, in più dosi nelle 24 ore per il 9,1% e oltre le 24 ore per il 18,7%.

RISULTATI E CONCLUSIONI

I risultati mostrano che l'incidenza globale delle infezioni del sito chirurgico è del 4,1% e che, pur con il limite di variabilità del fenomeno per la dimensione della casistica studiata, la percentuale di infezioni è lievemente superiore in chirurgia (4,5%), rispetto a Ostetricia e Ginecologia (3,2%). Raffrontando i nostri dati con quanto riportato in precedenti indagini, si può affermare che la percentuale di incidenza di infezione della ferita chirurgica nella popolazione da noi studiata è simile a quanto rilevato in altre Regioni del centro-nord (Friuli Venezia Giulia, Piemonte ed Emi-

lia Romagna). Questo indica che le metodiche di sorveglianza intraprese dalle strutture sanitarie operanti all'interno dell'Azienda Sanitaria di Firenze hanno avuto un ruolo consistente.

Il presente studio, primo nella nostra area, rappresenta quindi un punto di partenza per una pianificazione delle azioni di miglioramento da intraprendere, quali ad esempio il raggiungimento di una buona pratica clinica che risponda a comportamenti standard e la razionalizzazione della profilassi antibiotica che ancora oggi mostra difformità di comportamento sia sulla scelta della molecola sia sul timing della somministrazione.

BIBLIOGRAFIA

Centers for Disease Control Guidelines for prevention and control of nosocomial infections, CDC 1983; Moro M.L. et al. *Le infezioni della ferita chirurgica in: Infezioni Ospedaliere: Prevenzione e Controllo: Centro Scientifico Editore*, 1993; *Circolare Ministeriale n. 52/1985: Lotta contro le infezioni ospedaliere; Circolare Ministeriale n. 8/1988: Lotta contro le infezioni ospedaliere*, la sorveglianza De Lalla F. *Le infezioni postoperatorie*, Edizione medico Scientifiche, 2003 D'Errico M., Martini E. *Le infezioni del sito operatorio: metodologia e strategie*, *Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere*, Vol II N.3 Luglio-settembre 2004 Martini L. *Metodologia della sorveglianza delle infezioni ospedaliere in area chirurgica*, Vol II N.3 Luglio-settembre 2004.



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 programma di lavoro dell'azienda continua a svolgersi 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.



AR-CO s.r.l.
Via Canalazzo, 22/24
41036 MEDOLLA (MO)
Tel. 0535 58890 - 49641
Fax 0535 58898
www.arcochimica.it
arcochimica@libero.it

PRODOTTI
PROFESSIONALI
PER LA PULIZIA



PADANA EVEREST

detergenza tessile



Noleggio Biancheria

Noleggio Abiti Sanitari

Noleggio set sterili per uso chirurgico in tessuti
"Tecnici Riutilizzabili" CE 0434 DIR. 93/42EEC

Noleggio di Dispositivi di Protezione Individuali

Noleggio e ricondizionamento dei materassi e guanciali

Sanificazione dei dispositivi a noleggio

Disinfezione dei dispositivi a noleggio

Gestione del guardaroba con logistica integrata

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

Sterilizzazione dei dispositivi a noleggio



Letture critica delle principali procedure adottate in sala parto per la prevenzione delle infezioni dall'apparato genitale materno

Riassunto

Nonostante l'OMS raccomandi di non utilizzare tecniche sterili per l'assistenza al parto a basso rischio e la letteratura non riporti associazioni significative tra "parto pulito" ed infezioni; il "parto sterile" prevale ancora nella pratica clinica.

È stato condotto uno studio nelle ostetricie di due ospedali piemontesi con l'obiettivo di confrontare l'assistenza "parto sterile" vs l'assistenza "parto pulito" in termini di infezioni e comportamenti degli operatori. Non sono state rilevate infezioni nei due campioni studiati.

Gli operatori che adottano il modello parto pulito dimostrano maggiore compliance e coerenza alle raccomandazioni della letteratura. Dallo studio emerge che il modello di assistenza al "parto pulito" riduce l'uso inappropriato di tecnologie per il parto e di risorse materiali.

Paola Serafini *, **Lorena Charrier ****, **Carla Zotti ****, **Grace Rabacchi *****

* Corso di laurea specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche - Università degli Studi di Torino

** Istituto di Igiene - Università degli Studi di Torino

*** Direzione Sanitaria - Azienda Ospedaliera OIRM S. Anna di Torino

INTRODUZIONE

"Ogni organizzazione sociale attiva un determinato sistema di parto, con determinate regole. Regole che, anche implicitamente, tendono a stabilire quali sono i soggetti interagenti, i luoghi deputati, le azioni necessarie e i comportamenti ammessi, per rendere reale l'evento stesso... Dunque, affinché il parto avvenga, ogni organizzazione sociale attiva delle procedure, cioè dei gesti e delle azioni che le persone, professionali o competenti, che assistono la donna svolgono ritenendo che siano quelli adatti e necessari ad un buon esito del parto stesso. Queste procedure nell'insieme compongono un sistema adatto a tenere sotto controllo l'ansia e l'emotività suscitata dagli aspetti

profondi ed ancestrali riguardanti l'evento..."¹.

La critica di fondare l'assistenza ostetrica su procedure frequentemente basate su prassi e routine assistenziali, anziché su prove d'efficacia, oltre che dalla sociologia è giunta anche dall'epidemiologia: Archibald Cochrane², infatti, rilevò che: "...di tutte le specializzazioni mediche, l'ostetricia e ginecologia è quella probabilmente meno basata su prove d'efficacia. Gli ostetrici hanno un passato illustre... ma la disciplina sembra essersi recentemente smarrita.

L'ostetricia ha perso la sua prima occasione negli anni sessanta, quando ha mancato di sottoporre a sperimentazione controllata randomizzata il ricovero di donne gravide a basso rischio in ospedale

verso il domicilio. Dopo aver riempito i letti vuoti ricoverando quasi tutte le donne gravide in ospedale, gli ostetrici hanno iniziato ad introdurre tutta una serie d'innovazioni costose nella routine delle cure pre e postnatali e durante il parto, senza alcuna valutazione rigorosa. La lista delle procedure introdotte senza valutazione è lunga, ma le più importanti sono l'induzione del travaglio, gli ultrasuoni, il monitoraggio fetale e i test di funzionalità placentare. L'ostetricia ha raggiunto il suo apogeo nel 1976 quando ha prodotto il 20% di bambini in meno con il 20% di spesa in più"³.

Che l'assistenza alla nascita sia spesso gravata da un esubero d'interventi frequentemente di non provata efficacia e, talora, anche dannosi è consapevole l'O.M.S. (Organizzazione Mondiale della Sanità) che da oltre un ventennio ha classificato gli interventi assistenziali nel parto fisiologico (a basso rischio) in quattro categorie, a seconda dall'applicabilità, dell'efficacia e della pericolosità ed ha inoltre definito quale obiettivo generale delle cure perinatali "ottenere una mamma ed un bimbo in perfetta salute con il livello di cure più basso compatibile con la sicurezza"⁴ e, conseguentemente, ha affermato che "ogni donna deve avere la possibilità di partorire in un posto che sente sicuro"^{iv}, al livello il più periferico possibile, in cui si possa fornire assistenza appropriata e sicurezza⁵.

**PAROLE CHIAVE:**

Controllo delle infezioni, infezioni puerperali, episiotomia/episiorrafia, lacerazione perineale/sutura, appropriatezza in ostetricia, EBM

Nel 1985 l'OMS⁶ pubblicò raccomandazioni per l'assistenza ostetrica che ponevano l'accento su interventi come la rasatura del pube e della vulva, il clistere, l'episiotomia, l'induzione del travaglio, l'analgesia e l'anestesia, il monitoraggio fetale cardiocografico, il parto in posizione supina obbligata, la separazione della mamma dal suo bambino subito dopo il parto e molti altri atti assistenziali che non avrebbero dovuto essere utilizzati in modo abituale e routinario o addirittura non avrebbero dovuto essere utilizzati affatto. Nel 1989 seguì la pubblicazione di una rassegna critica degli interventi medici e ostetrici: "L'efficacia delle procedure di assistenza alla gravidanza ed al parto" a cura di M. Enkin, M. Keirse e I. Chalmers⁷; nelle sue oltre millecinquecento pagine complessive gli autori cercarono di valutare l'appropriatezza dei diversi obiettivi perseguiti dall'assistenza alla gravidanza ed al parto attraverso un'analisi sistematica delle varie procedure assistenziali, con lo scopo di "stabilire la validità delle impressioni informali mediante una loro valutazione formale: da un lato per evitare di sottovalutare la reale efficacia di alcune procedure assistenziali (che non sarebbero venute così introdotte prontamente nella pratica clinica) e dall'altro per evitare di misconoscere l'inefficacia e/o i rischi associati e di mantenerle in uso esponendo indebitamente ai loro effetti avversi una popolazione più ampia del necessario".

Nacque nel 1993, fondata da Iain Chalmers, sulla base dell'"esperienza pilota" condotta nell'area dell'assistenza alla gravidanza ed al parto, la Cochrane Collaboration (CC) con il fine di preparare e mantenere continuamente aggiornate revisioni sistematiche sull'efficacia degli interventi sanitari. I dati prodotti dai gruppi collaborativi di revisione⁸, ivi inclusi quelli della "Cochrane Pregnancy and Childbirth Group", sono raccolti nella Cochrane Library, giornale elettronico pubblicato con frequenza trimestrale.

Gran parte delle prove di efficacia necessarie per una pratica ostetrica "evidence-based" sono oggi disponibili ed accessibili ma, in ordine alle principali procedure adottate in sala parto per la prevenzione delle infezioni dall'apparato genitale materno, nonostante esperimenti controllati siano stati eseguiti fin dal 1922, quando Johnston e Sidall hanno confrontato il tasso d'infezione tra donne che avevano subito una rasatura perineale in travaglio rispetto a donne senza tricotomia, senza evidenziare alcuna prova dei vantaggi di questa pratica, pochi sono i riferimenti di letteratura relativi a studi specifici e mirati.

La mancanza di linee guida e raccomandazioni basate su evidenze scientifiche inerenti alla prevenzione delle infezioni dell'apparato genitale materno, parallelamente alla "storica" paura delle infezioni puerperali (una delle principali cause di morbosità e mortalità materna nei secoli passati),

hanno certamente contribuito ad orientare in modo medicalizzato, routinario ed empirico alcune procedure riguardanti l'assistenza al parto (disinfezione della cute, gestione del materiale per l'assistenza al travaglio ed al periodo espulsivo e secondamento del parto, indicazioni relative all'uso di guanti sterili versus guanti puliti, utilizzo di dispositivi di protezione individuale versus prevenzione delle infezioni, etc) e hanno fortemente influenzato le indicazioni (anche legislative) inerenti l'organizzazione strutturale e l'accesso alle "sale parto".

Tali orientamenti, spesso non appropriati o indispensabili, determinano vincoli all'organizzazione dell'assistenza (strutture, dispositivi, operatori, persone assistite) e influiscono su umanizzazione, appropriatezza e costi dell'assistenza.

OBIETTIVO

L'obiettivo di questo lavoro è: leggere criticamente, alla luce delle evidenze trovate e dei dati ricavati dalle ricerche effettuate, le indicazioni e le procedure per la prevenzione delle infezioni dell'apparato genitale materno in sala parto tenendo conto delle potenziali ricadute in termini di scelte di campo assistenziali, umanizzazione, personalizzazione e appropriatezza dell'assistenza al parto; riassumere e confrontare le caratteristiche ed i razionali dei due modelli assistenziali "parto sterile" vs "parto pulito".

RISULTATI

Dai dati ottenuti attraverso l'intervista telefonica effettuata, entro 30 giorni dal parto, ai due gruppi di puerpere assistite presso l'Ospedale A e presso l'Ospeda-

le B, non è stato rilevato nessun "caso", secondo la definizione specificata, di infezione a livello delle lacerazioni vaginali o del sito episiotomico.

In accordo con la letteratura, circa il 40% del campione intervistato ha riferito dolore o fastidio nella sede del trauma perineale per 10-12 giorni dopo il parto.

E' stata osservata una numerosità maggiore di puerpere che riferivano problemi alla ferita nel gruppo B, nella maggior parte dei casi si è trattato di dolore perineale a breve termine; nonostante i traumi perineali siano stati complessivamente inferiori, il dato potrebbe essere riferito alla pratica delle ostetriche di non ricorrere sistematicamente all'uso delle mani per il sostegno del perineo. Uno studio controllato e randomizzato ha osservato che il non utilizzo delle mani, da parte delle ostetriche, rispetto alle modalità tradizionali di utilizzo (sostegno del perineo e pressione sulla testa fetale) aumenta il dolore perineale a breve termine ma non ha alcun effetto sul rischio di trauma perineale. Tra le 200 puerpere dell'Ospedale A sono state individuate 3 diastasi della ferita (a seguito di episiorrafia), delle quali solo un caso è stato trattato con una terapia farmacologica generale; tra le 209 puerpere dell'Ospedale B sono stati rilevati 2 casi di diastasi della ferita (a seguito di sutura di lacerazione spontanea) che il medico e l'ostetrica consultati hanno ritenuto di non trattare in alcun modo.

Nessuna delle puerpere intervistate ha riferito febbre, pus o ascessi.

Non avendo individuato casi di infezione non è stato possibile effettuare una valutazione della correlazione tra incidenza delle infezioni, procedure e comportamenti assistenziali.

La ricerca ha fornito dati estremamente interessanti relativamente alle procedure ed ai comportamenti assistenziali adottati dagli operatori per l'assistenza al parto; in un campione di numerosità statisticamente significativa, in relazione all'atteso di frequenza di infezioni dei traumi perineali, non ha messo in evidenza rischi maggiori di insorgenza di infezioni secondarie all'adozione di procedure assistenziali "sterili" versus "pulite".

Il campione di puerpere dell'Ospedale A, nel 40,5% dei casi è risultato costituito da donne di un'età compresa tra i 31 ed i 40 anni, di nazionalità italiana nell'82,5%, primipara nel 70,5% dei casi.

Il campione di puerpere dell'Ospedale B, di età confrontabile a quelle dell'altro gruppo, di nazionalità italiana nel 74,2% dei casi era costituito da una percentuale maggiore di secondipare (41%) e pluripare (14,5%).

Nell'Ospedale A sono state evidenziate percentuali maggiori di induzioni del travaglio con prostaglandine e/o ossitocina di quelle evidenziate nell'Ospedale B (29% versus 11%) e percentuali maggiori di rottura provocata delle membrane (37% versus 4%).

Gli operatori dell'Ospedale A tendono a visitare più frequentemente le donne in travaglio di parto in fase attiva, rispetto agli operatori dell'Ospedale B: infatti il 37% delle donne è stata visitata da sei a dieci volte contro il 3,8%; il dato è interessante nonostante non sia stato possibile confrontarlo con la durata del travaglio né con l'insorgenza di infezioni; è però possibile riferirlo all'atteso di durata del travaglio prevista dal partogramma O.M.S definito di 6 ore dall'inizio della fase attiva ed alle indicazioni date dalla stessa O.M.S. che, a meno di specifiche motivazioni

cliniche, indica di visitare le donne in travaglio in fase attiva non più di una volta ogni 4 ore.

Tra le differenze più significative evidenziate dalla ricerca emerge quella relativa alla frequenza di episiotomie nei due gruppi di donne considerate: le donne che hanno partorito nell'Ospedale A sono state sottoposte ad episiotomia nel 51% dei casi versus il 6,3% di quelle che hanno partorito nell'Ospedale B.

Il dato deve essere più correttamente analizzato nel suo complesso ovvero in riferimento alla frequenza di perinei integri versus lesioni perineali totali (spontanee o provocate).

Nell'Ospedale A tra i 200 parti consecutivi osservati non sono stati rilevati perinei integri, mentre nell'Ospedale B nei 209 parti consecutivi osservati sono stati rilevati 50 donne con perineo integro.

Questo dato può essere riferibile:

- ➔ in parte, alla diversa parità riscontrata nei due campioni (70% di primipare nell'Ospedale A versus 44,5% del B),
- ➔ in parte alla posizione prevalente al parto (94,5% di donne in posizione litotomica su lettino da parto dell'Ospedale A versus 7,5% di quelle dell'Ospedale B),
- ➔ in parte, alle politiche ed alle consuetudini assistenziali dei due ospedali.

Altri dati da considerare, rispetto ai traumi perineali, sono la frequenza e la tipologia delle lacerazioni perineali spontanee rilevate nei due gruppi di puerpere; le donne del gruppo A hanno riportato lacerazioni spontanee del perineo nel 49% dei casi di cui il 69,3% (68 donne) di 1° grado, versus il 69,3% di lacerazioni spontanee nelle donne del gruppo B, che

hanno riportato lacerazioni di 1° grado nel 21,5% dei casi (45 donne su 209).

Benché il gruppo di donne dell'Ospedale A sembri aver riportato lacerazioni spontanee più lievi e con frequenza minore, bisogna considerare il dato sul totale dei traumi perineali (spontanei e provocati rilevato nei due gruppi) presenti nel 100% delle donne che hanno partorito nell'Ospedale A versus il 76% di quelle che hanno partorito nell'Ospedale B.

Rispetto all'assistenza al perineo si evince una politica assistenziale maggiormente orientata al rispetto delle raccomandazioni dell'O.M.S. ed alle indicazioni della letteratura basata su prove di efficacia da parte degli operatori dell'Ospedale B.

Circa la succitata posizione della donna al parto, è interessante notare che il gruppo di donne dell'Ospedale A ha partorito nel 94,5% dei casi in posizione litotomica tradizionale, su lettino da parto, mentre solo il 7,5% delle donne dell'Ospedale B ha partorito in tale posizione.

Anche questo dato evidenzia una maggiore attenzione dell'Ospedale B alle raccomandazioni O.M.S., è coerente con il ricorso restrittivo all'episiotomia e al pressoché totale abbandono del ricorso alla tricotomia, che non è stata praticata nel 93% dei casi, contro il 55,5% di donne alle quali è stata praticata nell'Ospedale A.

La ricerca si poneva inoltre l'obiettivo di descrivere i comportamenti degli operatori ponendo a confronto, anche rispetto all'incidenza di infezioni dei traumi perineali, il modello convenzionale "parto sterile" verso l'alternativo modello "parto pulito" proposto dall'O.M.S..

Rispetto all'incidenza delle infezioni, non avendo rilevato la pre-

senza di casi, se non è possibile fare un confronto, è possibile osservare che nessuno dei due modelli assistenziali ha dimostrato degli svantaggi.

Dai dati raccolti emergono differenze rilevanti tra i due ospedali, con una tendenza di entrambi a disattendere quanto raccomandato in letteratura soprattutto per quanto concerne il corretto lavaggio delle mani, l'utilizzo corretto dei guanti, la presenza di anelli/braccialetti/orologi durante l'assistenza al parto nell'Ospedale A e l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale nell'Ospedale B.

In particolare, le ostetriche dell'Ospedale A, che hanno come modello teorico di riferimento il "parto sterile", sebbene utilizzino guanti sterili sia per le esplorazioni vaginali in travaglio a membrane rotte, sia per l'assistenza ai diversi tempi del parto, si lavano le mani prima di indossarli solo nel 38% dei casi in travaglio e solo nell'80,5% dei casi in periodo espulsivo, nonostante per questa fase utilizzino teliera sterili per la preparazione di un vero e proprio campo per l'assistenza. In questo gruppo emerge, inoltre, una elevatissima percentuale di ostetriche che indossa orologi, anelli e braccialetti (53,5%) ed ha le unghie lunghe e smaltate.

Nel gruppo di ostetriche dell'Ospedale B il ricorso ai guanti sterili è inferiore (86,5% dei casi in travaglio), ma il ricorso al lavaggio delle mani (prevalentemente sociale nell'81,25% dei casi in travaglio) è maggiore.

Se decisamente migliore è la situazione circa la presenza di monili (solo il 13,9% delle ostetriche del gruppo B li indossava al momento del parto) decisamente distante dall'atteso è il dato relativo all'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale da parte

di queste ultime; infatti, a parte i guanti, gli altri dispositivi di protezione individuale non vengono quasi mai utilizzati.

Nell'Ospedale A i dispositivi di protezione individuale vengono maggiormente utilizzati, forse più nell'ottica di "divisa chirurgica" che non con lo scopo di protezione dell'operatore.

In conclusione i dati della ricerca hanno condotto alle seguenti considerazioni e riflessioni:

- ➔ nel campione di donne a basso rischio osservato, l'insorgenza di infezioni è stata inferiore al dato atteso dal confronto con la letteratura; poiché il campione era di numerosità statisticamente significativa, è possibile ipotizzare che il risultato sia da correlare alla scelta effettuata per la ricerca: studiare l'incidenza di infezioni dei traumi perineali su campione di donne sane, con travaglio a basso rischio e tampone vaginale per streptococco B negativo;
- ➔ il confronto tra un modello procedurale "parto sterile", versus "parto pulito" non ha evidenziato maggiori vantaggi o rischi in termini di insorgenza di infezioni genitali materne;
- ➔ è possibile affermare che l'osservazione diretta ha confermato che i due modelli "parto sterile" e "parto pulito" si inseriscono in modo coerente sui quadri teorici di riferimento di assistenza al parto dei due Ospedali, infatti nell'Ospedale A è in uso un modello convenzionale di assistenza caratterizzato da sala parto tradizionale, frequenti esplorazioni vaginali in travaglio, posizione prevalente della donna in periodo espulsivo litotomica su lettino da parto, episiotomia di routine, utilizzo prioritario di guanti sterili, allestimento di campo sterile per l'assistenza

PROCEDURE DI ASSISTENZA AL PARTO A BASSO RISCHIO A CONFRONTO "PARTO STERILE" VS "PARTO PULITO"

"PARTO STERILE"		"PARTO PULITO"	
	RAZIONALE		RAZIONALE
La sala parto è assimilata strutturalmente ad una "Sala Operatoria"	Il parto è assimilabile ad un atto chirurgico	La sala parto non è strutturalmente assimilata ad una "Sala Operatoria"	Il parto è un evento naturale quasi sempre fisiologico. Nel basso rischio le donne ed i feti/neonati sono soggetti sani
La stanza di assistenza al travaglio di parto in fase attiva è frequentemente diversa da quella di assistenza al periodo espulsivo e da quella dedicata al post-partum	Solo il periodo espulsivo necessita di assistenza uno a uno	Il travaglio di parto in fase attiva, il periodo espulsivo ed il post-partum vengono assistiti nella stessa stanza	Erogare l'assistenza al travaglio, parto e post-partum in un solo ambiente favorisce la tutela della privacy e dell'intimacy, favorisce l'assistenza ostetrica/ donna uno a uno, favorisce la vicinanza con la persona risorsa scelta dalla donna in travaglio, riduce il rischio di infezioni legate a degenze promiscue ed utilizzo promiscuo dei servizi igienici
La stanza di assistenza al travaglio di parto in fase attiva può essere ad accesso condiviso da più donne in travaglio	Una sala travaglio con più letti di degenza consente di attuare la "sorveglianza" contemporaneamente a più donne in travaglio	La stanza di assistenza al travaglio di parto in fase attiva ed al periodo espulsivo non sono mai condivise con altre partorienti	
Il bagno per la partorientente non è nella stanza da parto, non sono disponibili docce in sala parto da usare in travaglio/post-partum		Il bagno per la partorientente è nella stanza da bagno ed è dotato almeno di WC, doccia lavandino e bidet	
La sala operatoria per la gestione delle emergenze ostetriche è spesso continua	Se la sala parto è già assimilata alla sala operatoria non sono necessarie ulteriori zone filtro	La sala operatoria per la gestione delle emergenze ostetriche è contigua ma non in continuità	Solo in caso di reale necessità (T.C., revisione della cavità uterina, etc.) devono essere attuate le misure precauzionali previste per una "Sala Operatoria". La stessa deve essere rapidamente accessibile ed adeguata ma non deve rappresentare un vincolo strutturale per l'assistenza in sala parto

... SEGUE

al parto, etc; mentre l'Ospedale B è orientato verso un modello assistenziale più in linea con le raccomandazioni dell'O.M.S.: sala parto non convenzionale, ridotte esplorazioni vaginali in travaglio, posizione libera della donna in periodo espulsivo, ri-

corso restrittivo all'episiotomia, utilizzo prioritario di materiale pulito per l'assistenza al parto; → l'osservazione diretta dei comportamenti degli operatori ha messo in luce una applicazione delle procedure particolarmente distante dal comportamento

atteso in riferimento al modello teorico, soprattutto nel gruppo "parto sterile"; → gli operatori del gruppo "parto pulito" hanno dimostrato una maggiore coerenza nella applicazione delle procedure in riferimento al modello;

... SEGUE

“PARTO STERILE”		“PARTO PULITO”	
	RAZIONALE		RAZIONALE
Sono previste zone filtro di accesso per la partoriente e per l'accompagnatore	Nella logica della misure di sala operatoria	Non sono previste zone filtro di accesso per la partoriente e per l'accompagnatore	Il parto è un evento fisiologico. Il luogo del travaglio/parto non necessita di particolari misure precauzionali
La partoriente in travaglio deve indossare abiti confortevoli	Anche se nel passato –per il periodo espulsivo - si suggeriva, per le posizioni ginecologiche, l'uso dei calzari	La partoriente in travaglio deve indossare abiti confortevoli	L'unico limite è dato dal comfort e dalla preferenza della donna in travaglio, oltre che dal mantenimento di una normale igiene personale
L'accompagnatore deve indossare camice, calzari, talvolta copricapo	Nella logica della misure di sala operatoria	L'accompagnatore deve indossare abiti confortevoli	Non sono previste limitazioni per l'abbigliamento dell'accompagnatore a parte quelle previste per il miglior comfort ed il mantenimento di una normale igiene personale
Nel box per l'assistenza al periodo espulsivo del parto gli apparecchi elettromedicali sono posti a vista ed in modo centrale (lampada scialitica, lettino da parto tradizionale, cardiotocografo, apparecchiature per anestesia, isola neonatale, etc). Non sono disponibili arredi per il comfort dell'accompagnatore (es. poltrone)	Le attrezzature per il parto hanno un ruolo centrale e dominante per l'assistenza; la disposizione degli arredi del box è assimilabile a quella di una sala operatoria; la disposizione è funzionale all'intervento attivo degli operatori (registrazione cardiotocografica, manovra di Valsala, antisepsi del perineo, sostegno attivo del perineo, episiotomia, sutura, etc.); l'accensione della lampada scialitica è costante, l'accompagnatore, non ha un ruolo attivo e deve stare in piedi, alla testa del lettino da parto	La stanza travaglio/parto è arredata in modo confortevole, gli apparecchi elettromedicali sono disponibili ma non visibili. La stanza prevede arredi anche per il comfort dell'accompagnatore	Le attrezzature per il parto devono essere prontamente disponibili ma poste in secondo piano e/o non visibili, la disposizione degli arredi è funzionale al comfort della donna e del suo accompagnatore, tutti gli interventi vengono effettuati solo a seguito di precisa indicazione clinica; l'ambiente ha un ruolo fondamentale per il buon andamento del parto, la lampada scialitica deve essere accesa solo nei momenti indispensabili; il cardiotocografo è riservato alle situazioni previste dai protocolli in uso. L'accompagnatore ha un ruolo attivo e può muoversi liberamente nella stanza, anche il suo comfort deve essere tutelato

... SEGUE

- in generale i comportamenti preventivi da parte degli operatori dell'Ospedale A sono poco allineati alla letteratura soprattutto per quanti riguarda il lavaggio delle mani e l'igiene del perineo ed il ricorso alla tricotomia;
- le procedure assistenziali (trat-

tamento della cute per la sutura, igiene perineale in travaglio, uso della tricotomia) inoltre vengono effettuate in modo non molto omogeneo fra operatori a testimoniare una mancanza di standardizzazione delle medesime, soprattutto nell'Ospedale A;

infine è preoccupante la forte disattenzione dell'uso dei dispositivi di protezione individuale, soprattutto nella fase espulsiva, considerata tra le attività assistenziali più a rischio di contatto con liquidi e materiali organici potenzialmente infetti.

... SEGUE

"PARTO STERILE"		"PARTO PULITO"	
	RAZIONALE		RAZIONALE
<p>Il letto del travaglio è frequentemente un letto di degenza ordinaria, distinto dal lettino per il periodo espulsivo che è frequentemente un letto da parto tradizionale per l'assunzione ed il mantenimento della posizione ginecologica La maggior parte dei periodi espulsivi avvengono in posizione ginecologica</p>	<p>Per il periodo espulsivo viene utilizzato il tradizionale "lettino da parto" che favorisce il mantenimento della posizione ginecologica della donna in periodo espulsivo e l'intervento attivo degli operatori</p>	<p>Il letto nella stanza box parto è simile ad un letto normale, consente di essere trasformato in caso di necessità. La donna è incoraggiata a scegliere la posizione per Lei più confortevole per il travaglio e per il periodo espulsivo del parto</p>	<p>La fase espulsiva del parto può avvenire in qualunque posizione, può essere utile la disponibilità di un lettino ginecologico per le situazioni di emergenza, alcuni tipi di sutura o il soddisfacimento di particolari esigenze cliniche o della donna, la prevenzione delle infezioni viene attuata soprattutto riducendo al minimo le ispezioni vaginali e le manovre di esplorazione vaginale, depressione e stiramento manuale del piano perineale</p>
<p>Nel periodo espulsivo la donna viene frequentemente messa in posizione ginecologica; viene incoraggiata la manovra di Valsala; vengono talvolta effettuate ripetutamente manovre di esplorazione vaginale, depressione e stiramento manuale del piano perineale</p>		<p>Nel periodo espulsivo la donna può (compatibilmente con le condizioni cliniche sue e del feto) scegliere la posizione che preferisce, l'ostetrica limita il più possibile le esplorazioni vaginali e evita di effettuare manipolazione inappropriate del perineo</p>	
<p>Per l'assistenza al periodo espulsivo e secondamento è previsto l'allestimento di un "campo sterile" che prevede: preparazione dell'ostetrica con copricapo, visor, lavaggio chirurgico delle mani e vestizione sterile camice sterile impermeabile a maniche lunghe, guanti sterili che devono coprire il polsino del camice; predisposizione di un campo sterile con i seguenti strumenti chirurgici: 1 porta batuffoli, 1 ciotolina per antisettico (clorexidina), 1 forbice retta per episiotomia, 2 pinze Kocher, una pinza porta aghi, una forbice curva per sutura, una pinza chirurgica, 1 cord-clamp Tricotomia vulvare antisepsi delle cosce e dei genitali esterni della donna in posizione ginecologica, posizionamento di teli sterili sotto i glutei, sulle cosce e sull'addome della donna</p>	<p>Il parto è assimilato ad un atto chirurgico, la preparazione degli operatori, del campo e della persona assistita sono simili a quelli previsti per un intervento chirurgico</p>	<p>Per l'assistenza al periodo espulsivo ed al secondamento non è previsto l'allestimento di un "campo sterile"; la procedura prevede: - preparazione dell'ostetrica con i seguenti dispositivi di protezione individuale: visor, camice impermeabile a maniche lunghe, guanti sterili* che devono coprire il polsino del camice (*non indispensabile); - lavaggio antisettico delle mani o disinfezione alcolica; - predisposizione e apertura di un set sterile con 2 pinze di Kocher, 1 forbice retta, 1 cord-clamp - mantenimento di una adeguata igiene perineale - predisposizione di telerie (TNT) per l'assorbimento dei liquidi organici (sangue e liquido amniotico) che accompagnano la nascita del feto - posizione libera della donna</p>	<p>Il parto, in condizioni di basso rischio, è un evento naturale che: non richiede la preparazione di un campo sterile (non compatibile per altro con l'assunzione di posizioni libere della donna in periodo espulsivo – es accovacciata, sgabello, carponi, etc); la tricotomia vulvare di routine non trova indicazione; necessita di un utilizzo appropriato di dispositivi di protezione individuale per l'operatore; necessita di una prima predisposizione di strumenti selezionata e mirata agli atti da effettuare organizzati in set sterili sequenziali</p>

... SEGUE

... SEGUE

"PARTO STERILE"		"PARTO PULITO"	
	RAZIONALE		RAZIONALE
Per l'assistenza alla donna che necessita di sutura e seguito di episiotomia o lacerazione spontanea vagino-perineale è previsto il mantenimento del campo sterile precedentemente allestito; l'ostetrica effettuerà un'igiene del perineo della donna dopo l'espulsione della placenta e provvederà alla rimozione delle telerie precedentemente posizionate; procederà quindi al cambio dei guanti sterili e preparerà la donna per la sutura, effettuando una antisepsi vulvare, posizionando nuovi teli sterili sotto i glutei, sulle cosce e sull'addome donna, effettuando una infiltrazione di anestetico locale e procedendo alla sutura secondo tecnica prevista	La sutura delle lacerazioni vagino-perineali e/o dell'episiotomia è assimilata ad un intervento chirurgico, la preparazione degli operatori, del campo e della persona assistita sono simili a quelli previsti per un intervento chirurgico	Per l'assistenza alla donna che necessita di sutura e seguito di episiotomia o lacerazione spontanea vagino-perineale è previsto che l'ostetrica: - effettui un'igiene del perineo e un cambio dei teli TNT; - proceda alla effettuazione di un lavaggio antisettico delle mani o ad una disinfezione alcolica ed a calzare guanti sterili; - predisponga un set sterile di strumenti chirurgici idonei alla effettuazione della sutura (pinza porta batuffoli, pinza porta aghi, pinza chirurgica, forbice curva, ciotolina per antisettico, siringa sterile per infiltrazione); - proceda alla effettuazione della antisepsi del perineo e quindi alla sutura secondo le tecniche previste	L'episiotomia è riservata solo a pochi casi con precisa indicazione clinica; le lacerazioni vagino-perineali possono essere assimilate a ferite "pulite -contaminate" e "contaminate"; la localizzazione della ferita e la loro classificazione consente di trattarle senza necessariamente prevedere la vestizione sterile dell'operatore e l'allestimento del tradizionale campo sterile.

CONCLUSIONI

Il lavoro di lettura critica, effettuato attraverso il confronto di alcune procedure convenzionalmente adottate in sala parto per la prevenzione delle infezioni dell'apparato genitale materno, con la letteratura scientifica basata su prove di efficacia e con alcune indicazioni normative di riferimento può condurre alle seguenti conclusioni:

→ le procedure convenzionalmente adottate per la prevenzione delle infezioni puerperali (modello parto sterile), per lo più non sono sostenute da prove di efficacia e sono spesso ap-

plicate in modo indiscriminato (lavaggio delle mani, utilizzo di guanti e teli sterili, antisepsi della cute, tricotomia, divisa chirurgica, requisiti strutturali, impiantistici e organizzativi della sala parto, abbigliamento delle persone risorsa, etc);

→ le indicazioni procedurali convenzionalmente adottate per la prevenzione delle infezioni puerperali sono frequentemente disattese dagli operatori, in modo particolare per quanto concerne il corretto lavaggio delle mani, l'assenza su di esse di smalto e monili, il mantenimento dell'igiene del perineo della donna, l'utilizzo dei

dispositivi di protezione individuale, la corretta effettuazione dell'antisepsi della cute ove indicata, etc;

→ le indicazioni normative di riferimento analizzate sono in linea con i modelli assistenziali convenzionali, ma sono poco coerenti con le indicazioni dell'O.M.S. e con alcune indicazioni della letteratura scientifica;

→ le procedure convenzionali di prevenzione delle infezioni puerperali si inseriscono in un contesto generale di assistenza al parto convenzionale;

→ le procedure alternative (modello parto pulito) di preven-

zione delle infezioni puerperali si inseriscono in un contesto di assistenza al parto alternativo e più in linea con le indicazioni dell'O.M.S. per l'assistenza al parto normale e relative prove di efficacia;

- ➔ il confronto tra il modello "parto sterile" versus "parto pulito", in un campione di numerosità statisticamente significativa, non ha dimostrato rischi maggiori di insorgenza di infezioni secondarie all'adozione di procedure assistenziali "pulite" versus "sterili" ;
- ➔ le ostetriche hanno dimostrato una maggiore coerenza procedurale nel campione che adottava le procedure "parto pulito";
- ➔ l'adozione di procedure "parto pulito"; richiede un minore quantitativo di guanti sterili, di disinfettanti, di camici e calzari per le persone che accompagnano la donna in travaglio e di teli sterili.

In conclusione non sono emersi vantaggi relativi al mantenimento di procedure convenzionali per la prevenzione delle infezioni nell'assistenza al parto a basso rischio; sono al contrario emerse alcune ipotesi vantaggiose nell'adozione di procedure alternative che possono essere così sintetizzate:

- ➔ l'adozione del modello "parto pulito" è coerente con le indicazioni – basate su prove di efficacia – dell'O.M.S. per l'assistenza al parto normale;
- ➔ i comportamenti che ne derivano, coerenti al profilo di rischio della diade materno-fetale e in linea con le più moderne indicazioni della medicina perinatale che promuove la necessità di un'assistenza mirata al profilo di rischio, sono più razionali;
- ➔ il parto, in contesti di fisiologia, è meno medicalizzato;

➔ il libero contatto tra donna in travaglio ed accompagnatore e anche con il neonato sono favoriti;

- ➔ sono promossi ambienti per il parto con strutture e requisiti semplici, non assimilabili alla sala operatoria;
- ➔ i processi di umanizzazione del parto derivanti dalla riduzione di barriere strutturali, ambientali e tecnicistiche sono favoriti;
- ➔ è favorita la tutela di privacy ed intimità;
- ➔ è favorito l'abbandono di pratiche routinarie come la tricotomia;
- ➔ è promossa, attraverso l'indicazione di abbandonare le procedure assistenziali invasive ove possibile (riduzione delle esplorazioni vaginali, riduzione delle episiotomie, riduzione delle manipolazioni perineali, etc), un'assistenza ostetrica più appropriata;
- ➔ occorrono quantitativi e qualitativi di presidi diversi, in genere minori e più economici;
- ➔ la compliance degli operatori, a fronte di una maggiore semplicità e coerenza, è favorita.

In conclusione di questo lavoro sono rielaborate e proposte all'osservazione procedure per la prevenzione delle infezioni; per ogni atto assistenziale compreso nella sequenza del "parto sterile" e del "parto pulito" sono enunciate a confronto le motivazioni sottese dal razionale in modo da offrire per le due procedure una esauritiva presentazione. I due modelli assistenziali necessiterebbero di una sperimentazione che, attraverso la misura dell'incidenza delle infezioni e la valutazione dei costi/risparmi, consenta di conseguire una reale evidenza di efficacia nel prevenire le complicanze infettive nel parto a basso rischio.

NOTE

1 - 2 Cochrane AL, *Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services (Efficienza ed efficacia. Riflessioni sui servizi sanitari)*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 1999

3 SaPeRiDoc (Centro di documentazione sulla salute perinatale e riproduttiva, ASR Emilia Romagna), *Frequenza e determinanti dell'episiotomia, 2005, consultabile on-line all'URL: <http://www.saperidoc.it> (ultima consultazione: 10 settembre 2005)*

4 W.H.O., *Care in Normal Birth: a practical guide - Report of a Technical Working Group*, Geneva, 1996, pubblicazione n. WHO/FRH/MSM/96.24, consultabile on-line all'URL:

http://www.who.int/reproductive-health/publications/listing_maternal_newborn.en.html (ultima consultazione: 10 settembre 2005)

5 Andria, 1985-1997: *Raccomandazioni O.M.S. e cambiamenti nell'assistenza alla nascita, Atti della Riunione Annuale Firenze 1997 della Società scientifica Andria (coordinamento per la promozione di una assistenza appropriata in Ginecologia e Ostetricia)*

6 W.H.O., *Appropriate technology for birth, Lancet*, 1985 (August 24); 436-437

7 Chalmers I., Enkin M., Kierse M., *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford University Press, 1989.

8 Liberati A. (a cura di), *La medicina delle prove di efficacia, potenzialità e limiti della evidence - based medicine – Il Pensiero Scientifico Editore, 1998*

Euro P.A.

SALONE DELLE AUTONOMIE LOCALI

**Prodotti, tecnologie e servizi
per la Pubblica Amministrazione**

**1-3 aprile 2009
Fiera di Rimini - Ingresso Ovest**

Ingresso gratuito



Mostra convegno per i decisori delle politiche sociali e sanitarie

**Le Associazioni che collaborano
con Sociale & Sanità:**

- › FIASO - Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere
- › FARE - Federazione delle Associazioni Regionali degli Economisti e Provveditori della Sanità
- › SIAIS - Società Italiana dell'Architettura e dell'Ingegneria per la Sanità
- › ANOSS - Associazione Nazionale Operatori Sociali e Sociosanitari
- › ANSDIPP - Associazione Nazionale dei Managers del Sociale
- › ASSNAS - Associazione Nazionale Assistenti Sociali
- › SUNAS - Sindacato Unitario Nazionale Assistenti Sociali

La mostra espositiva di **Sociale&Sanità** riunisce, nell'ambito di EuroP.A., le aziende dei settori merceologici collegati alle tematiche sociali e sanitarie ed ospita i progetti e le esperienze sviluppate dalle Amministrazioni Pubbliche e dalle Cooperative al servizio della collettività.

Sociale&Sanità presenta inoltre un programma convegnistico interamente dedicato alla promozione e allo sviluppo dei servizi alla persona e della sanità.

Un momento unico di approfondimento, programmazione e congiunzione tra le esperienze pubbliche e private.

**Iscriviti a "EuroP.A. News" per essere
aggiornato in tempo reale sul Programma Convegni**

www.euro-pa.it

Ospedale e Territorio - L'Area Vasta

Riassunto

L'autore spiega le finalità dell'Area Vasta che non è un ente fisico ma una dimensione di programmazione sanitaria che supera gli ambiti comunali e provinciali aggregando al suo interno le professionalità di più aziende ospedaliere e territoriali. I meccanismi operativi sono guidati da due soggetti istituzionali il CAV, Comitato di Area Vasta, e l'ESTAV Ente per i Servizi Tecnico-Amministrativi di Area Vasta. Allo scopo di chiarire meglio la funzione di tale struttura presenta un nuovo modello sperimentale rappresentato dal Magazzino farmaceutico centralizzato dell'Area Vasta Centro.

Alberto Appicciafuoco

Direzione Sanitaria di Presidio Ospedale Nuovo San Giovanni di Dio - Azienda Sanitaria di Firenze

La Legge Regionale n° 40 del 24/02/05 "Disciplina del Servizio Sanitario Regionale" norma la riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale introducendo la programmazione interaziendale di Area Vasta. Questa si affianca al Piano Sanitario Regionale come strumento di programmazione.

L'Area Vasta è un concetto emergente e sempre più diffuso nell'ambito delle politiche organizzative regionali, utile per:

- la pianificazione delle politiche del territorio
- la ridefinizione dei rapporti tra i soggetti pubblici territoriali
- l'ottimizzazione delle risorse ad

un livello che si colloca immediatamente al di sotto di quello regionale e che è sovra provinciale.

Non è un ente fisico, ma una dimensione di programmazione che supera gli ambiti comunali e provinciali.

La programmazione sanitaria toscana si articola su due livelli (figura n° 1). Un livello regionale con il PSR e con i Piani di Area Vasta e un livello locale con i piani attuativi locali delle aziende sanitarie territoriali e ospedaliere e i piani integrati di salute. L'obiettivo di questa architettura organizzativa è la sostenibilità economica del sistema attraverso il governo della domanda e dell'offerta sanitaria.

Il territorio della Regione Toscana è diviso in tre zone (figura n° 2)

1. Area Vasta Nord Ovest – comprende le AA.SS.LL. 1 di Massa Carrara, 2 di Lucca, 5 di Pisa, 6 di Livorno, 12 di Viareggio e l'A.O. di Pisa;

2. Area Vasta Centro – comprende le AA.SS.LL. 3 di Pistoia, 4 di Prato, 10 di Firenze, 11 di Empoli e le AA.OO. Careggi e Meyer;

3. Area Vasta Sud Est – comprende le AA.SS.LL. 7 di Siena, 8 di Arezzo, 3 di Grosseto e l'A.O. di Siena.

Ogni Area Vasta è guidata da un Comitato (CAV) composto dai Direttori Generali delle Aziende dell'area e dal Direttore Generale dell'Ente per i Servizi Tecnico Amministrativi di Area Vasta (ESTAV), la cui competenza territoriale ricalca la suddivisione già descritta.

Il Comitato propone un Piano di Area Vasta coerente con le indi-



Figura 1


PAROLE CHIAVE:

Area Vasta, magazzino farmaceutico centralizzato



Figura 2



Figura 3

cazioni programmatiche del PSR quinquennale.

Le Aziende Sanitarie al fine di assicurare l'ottimizzazione delle risorse e la continuità dei percorsi assistenziali costituiscono appositi dipartimenti aziendali ed interaziendali le cui modalità di funzionamento sono definite nell'ambito dei Comitati di Area Vasta.

Gli obiettivi dei dipartimenti interaziendali sono:

- riorientamento della domanda e riequilibrio dell'offerta dei servizi;
- definizione di percorsi assistenziali integrati in network;
- verifica del livello qualitativo dell'assistenza;
- definizione dei livelli di offerta dei servizi necessari nonché modalità di gestione integrata dei percorsi assistenziali individuali.

Gli ESTAV di cui sopra sono competenti in materia di:

- a. Approvvigionamento di beni e servizi;
- b. Gestione dei magazzini e della logistica;
- c. Gestione delle reti informative e

delle tecnologie informatiche, con particolare riguardo alla integrazione ed alla organizzazione del Centro Unificato di Prenotazione (CUP);

- d. Gestione del patrimonio per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni;
- e. Organizzazione e gestione delle attività di formazione continua del personale;
- f. Gestione delle procedure concorsuali per il reclutamento del personale;
- g. Gestione delle procedure per il pagamento delle competenze del personale.

L'esercizio della funzione acquisti ha dimostrato il conseguimento di benefici in relazione a:

- Processi di specializzazione:
 - delle strutture, tramite la costituzione di aree di specializzazione in relazione alle tipologie di beni
 - dei soggetti coinvolti, tramite il ricorso a commissioni tecniche o a gruppi di lavoro che interven-

gono nei processi di acquisto, mettendo assieme un patrimonio di conoscenze più ricco e variegato

- Più efficiente utilizzo delle risorse
- Economie di scala in relazione a:
 - volumi di acquisto
 - processi più efficienti nell'economia del compratore e del fornitore
 - aumento del potere di mercato da parte del compratore.

Come esempio di ottimizzazione del processo di funzione della gestione e logistica dei materiali vogliamo presentare "il magazzino farmaceutico centralizzato di area vasta centro" MAV, che proprio oggi in coincidenza dell'attuale giornata viene inaugurato a Calenzano, paese situato in provincia di Firenze.

Lo schema presentato nella figura n° 3 pone a confronto la situazione attuale con il nuovo modello. La riduzione dei magazzini ospedalieri e l'esternalizzazione dei presidi dell'unico magazzino centralizzato dovrebbe consentire:

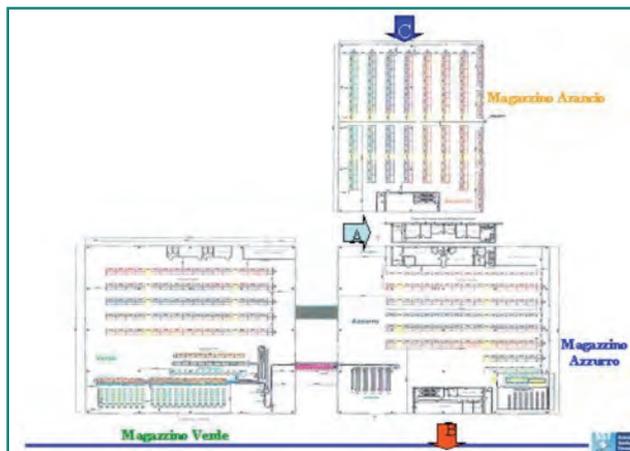


Figura 4



Figura 5

- Sensibili economie gestionali
- Ottimizzazione delle scorte
- Ottimizzazione degli spazi e delle aree di stoccaggio
- Riduzione del fabbisogno del personale sanitario, tecnico ed amministrativo.

Il MAV cura una attenta gestione delle procedure riguardanti la sicurezza, dagli approvvigionamenti al controllo delle scorte, al confezionamento, alla distribuzione ordinaria e d'emergenza.

Le attività svolte sono strutturate e standardizzate e coprono interamente tutti i cicli funzionali a garanzia di una corretta interazione con le procedure delle AA.SS.

Il MAV gestisce un unico sistema di scorte farmaci, dispositivi medici e presidi sanitari che consente di semplificare la gestione, ottimizzare i livelli di scorta e unificare le procedure di ordine e fatturazione con benefici economici ed organizzativi.

Il processo di consegna è programmato in modo congruente con le effettive esigenze dei vari utenti.

Il MAV fornisce flussi informativi sia per il livello regionale (osservatorio prezzi, consumi, classificazione DM) sia per le aziende sanitarie (contabilità analitica, ragioneria, bilancio, controllo di gestione).

I Centri di Prelievo possono regi-

strare le richieste dei materiali occorrenti in qualsiasi momento.

Le richieste vengono inviate al MAV per via telematica, dopo validazione del farmacista ospedaliero di riferimento che è l'unico che può apportare modifiche alle richieste effettuate.

Il MAV prende in carico le richieste dopo la validazione.

Le Farmacie Ospedaliere (considerate C.P. intermedi), una volta ricevuti i farmaci, etc..., possono a loro volta scaricare gli stessi ai C.P. finali con apposite procedure gestionali.

Le consegne alle Farmacie Ospedaliere vengono gestite contabilmente dal MAV con le stesse modalità della consegna ai C.P. finali. Il MAV svolge funzione di ricevimento, controllo, stoccaggio, prelievo e spedizione dei farmaci, DM e materiale sanitario economico tutti i giorni dal lunedì al sabato dalle 7.00 alle 19.00.

Soddisfa tutte le richieste pervenute con cadenza non superiore a tre volte la settimana.

Le richieste devono pervenire 24 ore prima della consegna programmata; è prevista una integrazione di eventuale dimenticanza fino a due ore prima della consegna.

I Centri di Prelievo territoriali sono a fornitura settimanale.

La pianificazione delle consegne

è stata definita con le Aziende Sanitarie.

I Centri di Prelievo che utilizzano il KanBan hanno a disposizione due modalità di richiesta:

- Apposita schermata intuitiva, con visualizzazione del carrello;
- Semplice lettura ottica del codice, tramite lettore ottico collegato al PC del reparto.

Ogni contenitore è dotato di apposita etichetta, con codice a barre.

I contenitori vengono consegnati al personale addetto al MAV che li ritira e li riconsegna, riempiti e sigillati, nel corso della consegna successiva.

Vengono effettuati controlli e verifiche con inventariazione di tutti i prodotti giacenti in magazzino, controlli mensili a campione, controlli periodici per prodotti ad alto costo e verifica delle giacenze in occasione dei movimenti di carico.

Il MAV, con l'ausilio del proprio sistema informativo, produce reports periodici sia per uso interno sia per le AA.SS. in relazione a:

- consumi a valore per categoria, per conto economico, per Azienda, per Centro di Prelievo, per periodo
- consumi a quantità e valore per singoli prodotti, per Azienda, per Centro di Prelievo, per periodo.



Figura 6



Figura 7

Il MAV si sviluppa in un'area complessiva di 19.000 mq., costituita da tre immobili adiacenti, ubicati all'interno dell'area, per una superficie di 10.200 mq.

Un tunnel lungo 12 metri collega il magazzino azzurro ed il magazzino verde.

Una passerella sopraelevata, in acciaio zingato, supporta un nastro trasportatore dell'impianto Knapp. La struttura è suddivisa in tre magazzini come rappresentata in figura n. 4

Il Magazzino Verde (Figura n. 5) contiene un impianto per picking automatico/semiautomatico tecnologia Knapp. Tale sistema consente di incrementare notevolmente la capacità produttiva della Centrale, in modo da contenere l'impiego di personale addetto al prelievo e ridurre drasticamente la possibilità di errore in fase di preparazione.

Il Sistema Knapp possiede 864 canali, di cui 540 lunghi 800 mm, e 270 lunghi 1800 mm. Peso del prodotto compreso tra 30 e 350 grammi.

Allestimento automatico di farmaci fino a dimensioni di 150x200x60.

Evasioni di 1.200 ordini/ora.

Velocità di espulsione 5 pezzi/secondo.

Nel Magazzino Azzurro (Figura n. 6) sono posizionate tre celle frigorifere, per lo stoccaggio dei pro-

dotti che richiedono temperature controllate tra +2 e +8 °C, ed una cella frigorifera per la conservazione dei prodotti che richiedono una temperatura di -18 °C.

E' presente una zona, isolata, di non conformità.

E' presente una zona dedicata ad uffici amministrativi, ed una zona per spogliatoio per il personale ed una zona relax, per la pausa lavorativa del personale.

Nel Magazzino Arancio (Figura n. 7) sono presenti due ambienti, uno a temperatura controllata per lo stoccaggio del materiale per la dialisi, ed uno non climatizzato per lo stoccaggio dei grossi volumi.

E' presente una zona dedicata ad uffici operativi (principalmente call-center).

Nei tre magazzini sono presenti 12 transpallet elettrici con pedana-operatore, 4 carrelli elevatori con montante retrattile, 2 carrelli elevatori frontali, 4 carrelli commissionatori in orizzontale, 15 transpallet manuali, ed altre attrezzature per la movimentazione delle merci.

CONCLUSIONI

In Toscana l'Area Vasta è una realtà consolidata per la gestione acquisti e sta diventando la dimensione di riferimento anche per altri settori della funzione am-

ministrativa. Il magazzino farmaceutico centralizzato dovrebbe assicurare i vantaggi già descritti nell'articolo (economie gestionali, ottimizzazione delle scorte, degli spazi delle aree di stoccaggio e riduzione del fabbisogno del personale).

La dismissione dei locali che attualmente sono occupati dalle farmacie ospedaliere in molte realtà vetuste permette alla Direzione Sanitaria di Presidio la chiusura di locali spesso non a norma e difficilmente accreditabili a fronte anche di ingenti investimenti. La Direzione Sanitaria deve svolgere una sorveglianza discreta ma puntuale sui sistemi di fornitura dei presidi e sui modelli organizzativi di smistamento e di consegna ai reparti nel caso che queste fasi siano gestite direttamente dalla ditta appaltatrice senza uno stoccaggio provvisorio a livello della residua farmacia ospedaliera .

pteexpo '09

8ª FIERA E CONGRESSO

Tecnologie, Prodotti e Servizi per la TERZA ETÀ

Verona, 26-28 Maggio 2009



www.pte-expo.com



FIN-MARK Srl

Via di Corticella 205 • 40128 BOLOGNA

Tel. 051 4199911 • Fax 051 4199923 • info@fin-mark.com • www.pte-expo.com

Noi dell'Anmdo non ci lasciamo influenzare

Vaccinati anche tu!



34° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O. “LA DIREZIONE SANITARIA PER LA CREAZIONE DEL VALORE”

Gianfranco Finzi

Presidente Nazionale ANMDO

Il 34° Congresso Nazionale ANMDO, svoltosi a Catania dal 17 al 20 settembre 2008, si è concluso con grande successo pubblico e piena soddisfazione da parte degli organizzatori. Anche per il 2008 si è voluto dare ampio spazio alla sessione dedicata alla presentazione dei 30 migliori poster esposti al Congresso (165 poster in tutto) al fine di dare voce a tutti i soci per sostenere e diffondere su tutto il territorio nazionale le migliori pratiche dal punto di vista delle Direzioni Sanitarie. È un giusto riconoscimento per valorizzare il continuo ed assiduo lavoro che i medici delle direzioni ospedaliere svolgono con serietà ed onestà quotidianamente. La Commissione, composta dal Presidente, Segretario Scientifico e Segreteria Scientifica, ha quindi scelto fra tutti i Poster i migliori 9 lavori. Come è già avvenuto quest'anno per i vincitori del 2007, gli autori dei 2 migliori Poster sono stati invitati come relatori al prossimo 35° Congresso ANMDO in sessione plenaria, che si terrà nel 2009 a Torino. Di seguito riportiamo i titoli dei 9 migliori poster:

1° classificato: Sistema informatizzato di segnalazione degli eventi dei near-miss nella gestione del rischio clinico;

2° classificato: Ospedale senza dolore: metodi e risultati nel progetto dell'AUSL di bologna;

3° classificato: Caos, comunicazione, conoscenza, calma: quel “fattore c” nella gestione di un caso clinico di “CRI.MY.NE.”;

4° classificato: La prossima sfida della sanità pubblica: la medicina di Genere tra innovazione ed equità dei sistemi sanitari;

5° classificato: L'integrazione A.D.I. - Ospedale;

6° classificato: Verso il nuovo ospedale di Biella: dal modello divisionale al modello per intensità di cura;

7° classificato: Esperienza di sorveglianza epidemiologica delle infezioni della ferita chirurgica in un presidio ospedaliero dell'Umbria;

8° classificato: Progetto per l'accreditamento istituzionale delle unità operative di ematologia, medicina interna, malattie infettive neurochirurgia; microbiologia e virologia dell'azienda ospedaliera di Cosenza;

9° classificato: Studio prospettico sulle infezioni del sito chirurgico (ISC) nell'Ospedale “Miulli”

La Commissione ha ritenuto inoltre opportuno pubblicare gli abstract dei 9 poster vincitori, valorizzando ancora una volta il lavoro svolto dai colleghi premiati.

34° CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.D.O.

1° classificato

Sistema informatizzato di segnalazione degli eventi dei near-miss nella gestione del rischio clinico

Castoldi M. *, Cuppone M.T. **, Carpinelli L. **, Pinon M. **

*Direzione Sanitaria - Istituti Clinici Zucchi - Monza (MI)

**Direzione Sanitaria- RCCS Policlinico San Donato - San Donato Milanese (MI)

INTRODUZIONE

I sistemi di gestione del rischio clinico (SGRC) comprendono una prima fase di identificazione dei rischi che richiede la raccolta di informazioni, ad esempio tramite la raccolta volontaria di segnalazione di eventi avversi denominata *incident reporting*. Va sottolineata l'importanza di segnalare non solo gli eventi avversi — incidenti avvenuti — ma soprattutto i *near miss*.

CONTENUTI

Sono descritte le modalità con cui è stato configurato il Software (SW) aziendale (Qualibus) che gestisce le informazioni e i flussi di attività del Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ), in modo da renderlo adatto per l'attività di *incident reporting* nel SGRC.

Il SW è fornito di un modulo per la segnalazione di EVENTI nel SGQ (ad esempio Non Conformità). A questo modulo è stata associata un'utenza anonima, in modo che il personale sanitario possa accedere al SW senza poter essere identificato. Il modulo è stato configurato per accettare la segnalazione anonima di

- Eventi Sentinella
- Eventi Avversi
- Near Miss.

L'EVENTO apre un flusso di lavoro (*work-flow*) specifico, che comprende maschere strutturate (diverse per ogni categoria di Evento) per:

- l'analisi delle cause
- la rimozione di esse
- la gestione di azioni di protezione e di prevenzione
- la valutazione dell'efficacia di queste azioni
- in modo da permettere la riprogettazione delle attività a rischio basata sull'evidenza.

La maschera relativa all'Analisi delle cause offre la possibilità di registrare le osservazioni associate all'EVENTO;

ad esempio:

- Quali sono i fattori più direttamente collegati all'evento?

- Quali sistemi e processi sono alla base dei fattori più direttamente collegati all'evento?

Il trattamento immediato per la rimozione delle cause prossime può essere registrato.

La maschera relativa alle Disposizioni offre la possibilità di attivare e assegnare alla responsabilità degli operatori ospedalieri le azioni di correzione o prevenzione correlate all'EVENTO; esse sono promemoria di attività da eseguire, o vere e proprie indicazioni di compiti da svolgere. Ognuna di queste azioni è assegnata ad un operatore specifico, detto Esecutore, al quale può pervenire un promemoria per e-mail e comunque comparirà la notifica della disposizione in occasione di accesso al SW.

Il responsabile del SGRC assegna come Disposizioni anche le attività di valutazione dell'efficacia delle azioni descritte al punto precedente.

CONCLUSIONI

L'implementazione del sistema di segnalazione è stata completata presso un altro ospedale del Gruppo San Donato.

Nei prossimi mesi essa sarà resa disponibile anche presso l'IRCCS Policlinico San Donato. L'agevolezza con cui il SW è adattabile alle diverse esigenze permette di apportare le modifiche necessarie.

2° classificato

Ospedale senza dolore: metodi e risultati nel progetto dell'AUSL di Bologna

Raggi F., Scuderi A., Farruggia P.

Direzione Sanitaria Ospedale Bellaria, AUSL di Bologna

INTRODUZIONE

Il dolore è un sintomo che affligge un'alta percentuale di pazienti, condiziona significativamente la percezione del benessere, la qualità di vita e il rapporto di fiducia con il personale sanitario. Per questo motivo l'Azienda si impegna a diffondere la cultura della lotta al dolore, anche in coerenza con il programma della Rete Health Promoting Hospitals, a cui ha aderito. Con l'avvio dell'AUSL di Bologna nel 2003 si sono rivisti gli assetti organizzativi delle tre precedenti AUSL bolognesi, ridefinendo anche le funzioni trasversali sul territorio, tra cui il progetto "Ospedale Senza Dolore".

CONTENUTI

L'unificazione dei 3 preesistenti Comitati Ospedale Senza Dolore è avvenuto a seguito di un *benchmarking*, che ha consentito di rilevare punti di forza e di debolezza della precedente organizzazione.

Il nuovo COSD è un centro di coordinamento, con uno stile operativo ed un approccio informale, che consente ai componenti di utilizzare strumenti e metodi anche non ufficiali per la promozione delle iniziative e degli incontri periodici nell'ambito delle singole articolazioni aziendali, a supporto pratico della gestione quotidiana del dolore. **L'individuazione dei componenti** ha tenuto conto dell'autorevolezza, del precedente impegno in tale ambito, dell'organizzazione dipartimentale e multidisciplinare.

Le priorità, scaturite dalle criticità riscontrate al benchmarking e ribadite dai referenti, puntano alla valorizzazione della componente infermieristica, al potenziamento e promozione della formazione continua, all'aggiornamento degli strumenti di comunicazione ed informazione ai pazienti.

LE RISORSE UMANE

È stata individuata **una rete di referenti** medici ed infermieristici dipartimentali ed una di facilitatori per tutte

le Unità Operative, promuovendo una reale e quotidiana cooperazione multidisciplinare.

Le **direzioni dipartimentali** partecipano attivamente alla divulgazione delle informazioni, alla formalizzazione degli obiettivi annuali ed alla programmazione delle attività.

GLI STRUMENTI

A seguito della pianificazione annuale, nel COSD si attivano temporanei team di progetto, a cui partecipano i rappresentanti delle aree coinvolte.

Sono state adottate procedure organizzative aziendali per il dolore pediatrico e cronico adulto; unificati i protocolli per il dolore operatorio; è stata predisposta una *quick reference guide* informatizzata per i PS.

Le iniziative sono divulgate tramite comunicazione interna (e-mail, intranet) ed esterna (internet, opuscoli, locandine, carta dei servizi).

Il monitoraggio periodico si avvale di questionari, analisi della documentazione clinica e report sul consumo di farmaci.

CONCLUSIONI

La presenza del COSD assicura un osservatorio permanente specifico del dolore, che genera valore attraverso la formazione, l'applicazione di strumenti validati per la rilevazione del dolore ed una migliore informazione ai pazienti.

La pianificazione annuale, che segue i criteri del programma HPH, è realizzata grazie all'impegno della rete di referenti che rappresentano tutte le tipologie di professionisti sanitari interessati.

Questa rete promuove l'adozione delle migliori pratiche, in modo che i professionisti siano in grado di affrontare le problematiche inerenti il dolore ed ottenere un reale miglioramento del benessere dei pazienti e della relazione con essi.

3° classificato

Caos, comunicazione, conoscenza, calma: quel “fattore c” nella gestione di un caso clinico di “CRI.MY.NE.”

Santangelo C. *, Geraci A.M. **, Ricifari L. *, Iacobello C. ***, Sicurezza E. **** Cunsolo R. *******

*Patologia Clinica, **Medicina d'Urgenza e PS, *** Malattie Infettive, ****Nefrologia e Dialisi, *****Direzione Medica di Presidio
Azienda Ospedaliero Universitaria (Vittorio Emanuele, Ferrarotto, S. Bambino) di Catania

INTRODUZIONE

Ogni percorso diagnostico-terapeutico rappresenta la somma di un excursus clinico-assistenziale che spesso può avvalersi di un approccio multidisciplinare ed il cui esito talora può dipendere anche da un più o meno adeguato sistema di intercomunicazione tra più figure professionali della sanità. In tale contesto la comunicazione risulta essere un patrimonio culturale autoalimentato dal complesso relazionale di ogni organizzazione sanitaria ed è nel contempo un insieme articolato di modi e di abitudini attinenti all'informazione, alla trasmissione, alla divulgazione di dati relativi all'intero ciclo assistenziale.

Anche la gestione di un caso clinico, nel coinvolgere più unità operative e quindi più specialisti, può risentire in maniera più o meno positiva, in termini di *out-come*, del complesso e della rete di relazioni propri di un ospedale. Più specificatamente, in occasione di un caso clinico di un paziente con patologia di natura infettiva, le modalità comunicative tra più reparti in prima battuta hanno generato caos e paura tra gli operatori sanitari. Soltanto dopo un'attenta e approfondita valutazione sia epidemiologica che clinica è ritornata la calma.

CONTENUTI

Nel mese di marzo, dopo l'accesso in pronto soccorso per lombo-sciatalgia, stato soporoso e febbre, di un paziente diabetico già in condizioni igieniche scadenti e con presenza di lesione all'arto inferiore, a causa della contestuale presenza di segni e sintomi riconducibili ad una insufficienza renale acuta “da probabile rhabdomiolisi” viene ricoverato nel reparto di nefrologia per essere sottoposto a trattamento dialitico. Per la presenza di un rialzo termico e di obnubilamento del sensorio viene eseguita una consulenza infettivologica

che accerta uno stato settico con paralisi flaccida. Ma dopo 2 giorni, per il peggiorare delle condizioni, il paziente viene trasferito nel reparto semi-intensivo della Medicina D'urgenza.

I risultati degli esami di laboratorio depongono per la presenza a livello ematico e nel liquor di cocchi gram-positivi (*Staphylococcus aureus*). La concomitanza di più eventi a questo punto genera caos e panico per vari motivi; infatti nello stesso periodo i mass-media si occupano con grande clamore di alcuni casi di meningite da meningococco, verificatisi comunque in altra regione; i referti di laboratorio riportano l'isolamento colturale di cocchi (seppure gram-positivi!); un altro paziente che aveva soggiornato nella medesima stanza del reparto di nefrologia presenta febbre (infezione crociata!?), anche se gli esami escludono la matrice batterica comune.

CONCLUSIONI

Il prevalere della conoscenza degli aspetti clinici, epidemiologici e microbiologici rispetto all'iniziale caos e allarme per una meningite contagiosa, legato a inadeguata comunicazione, ha riportato la calma grazie a: una dettagliata ricostruzione anamnestica del paziente (presenza di lesione su arto inferiore), da parte del clinico, con approfondito esame delle condizioni e formulazione di diagnosi certa di CRI. MY. NE. (Critical Illness Myopathy and Neuropathy), patologia mediata da stafilococco e responsabile di miopatia periferica e che giustifica le due manifestazioni cliniche importanti cioè rhabdomiolisi e paralisi flaccida; una immediata lettura dell'esame del liquor e una diagnosi differenziata confermata dall'isolamento colturale di *Streptococcus agalactiae* nell'altro pz che aveva condiviso la stanza; una valutazione epidemiologica congiunta di microbiologo, infettivologo ed igienista.

4° classificato

La prossima sfida della sanità pubblica: la medicina di genere tra innovazione ed equità dei sistemi sanitari

Cecchi P. , Cicogna A.* , Di Mauro C.** , La Commare F.* , Mostardi M.** , Nasi G.* , Risi P.M.** , Sesti E.* , Soldano S.****

*ANMDO Lazio, **AIDM Roma

INTRODUZIONE

Le differenze di genere nella salute sono una inderogabile ed urgente sfida per il futuro in quanto attualmente riconosciute tra le sconfitte della sanità pubblica. Anche l'OMS precisa che il sesso (dati biologici) ed il genere (dati di ruolo socio-culturale) sono importanti determinanti della salute regolando con diversità le condizioni di benessere e malattia negli uomini e nelle donne.

Quindi in ogni programma sanitario le differenze di genere e di sesso devono essere considerate (adopted in March, 2002). La medicina di genere studia le differenze biologiche e psicosociali tra i sessi e la loro influenza sullo stato di salute e di malattia. La stessa OMS ha inserito proprio la medicina di genere nell'Equity Act a garanzia che il principio di equità implica che accesso e cure siano appropriati e i più consoni al singolo genere.

CONTENUTI

L'analisi dell'andamento dello stato salute/malattia nelle popolazioni porta ad alcune riflessioni: nonostante l'aspettativa di vita stia crescendo in tutti i nostri Paesi, gli uomini stanno acquistando in anni di vita "di salute", mentre le donne stanno guadagnando in anni di vita "di disabilità". Il paradosso dei tassi più bassi in termini di mortalità e più alti in termini di morbosità nelle donne rispetto agli uomini concorre all'emergente interesse in campo scientifico per la medicina di genere ormai imprescindibile sia nella ricerca che nella clinica medica innanzitutto perché le donne si ammalano di più.

Infatti secondo l'indagine ISTAT presentata il 2 marzo scorso l'8,3% delle donne italiane denuncia un cattivo stato di salute contro il 5,3% degli uomini. Le malattie per le quali le donne presentano una maggiore prevalenza rispetto agli uomini sono: allergie (+

8%), diabete (+ 9%), cataratta (+ 80%), ipertensione arteriosa (+ 30%), alcune malattie cardiache (+ 5%), patologie della tiroide (+ 500%), artrosi e artrite (+ 49%), osteoporosi (+ 736%), calcolosi (+ 31%), cefalea ed emicrania (+ 123%), depressione e ansietà (+ 138%), alzheimer(+ 100%).

Già limitatamente ai dati esposti è comprensibile come sia necessario concepire la salute nell'ottica di genere.

L'acquisizione di questa nuova visione dovrà essere l'elemento trainante del cambiamento dell'assistenza sanitaria nonché l'obiettivo di una revisione organizzativa dei sistemi sanitari, tra cui proprio l'ospedale, in ogni aspetto della tutela della salute: dalla prevenzione alla presa in carico, dai trattamenti farmacologici agli aspetti socio-sanitari.

Il coordinamento di percorsi e attività sanitarie al "maschile e al femminile" dovrà coinvolgere professionisti di diverse categorie e culture, con particolare sviluppo dell'approccio interdisciplinare tra operatori sanitari considerando l'outcome salute/benessere come obiettivo di una società multietnica e con disuguaglianze socio-economiche.

CONCLUSIONI

La presa di coscienza della salute nell'ottica di genere ha trovato un incoraggiante riscontro non solo nei professionisti sanitari ma anche negli organi istituzionali e negli atenei universitari.

La crescita della formazione in tema di medicina di genere (ad esempio corso 2008 presso l'ordine dei medici di Roma e congresso nazionale AIDM 2009) è la risposta sia a livello clinico sia strategico di una rinnovata educazione alla salute che auspichiamo possa sviluppare percorsi sanitari specifici per genere, promuovere l'equità nelle modalità di accesso e nelle prospettive di integrazione sociale con opportuni programmi riabilitativi.

5° classificato

L'integrazione A.D.I. - Ospedale

D'Onofrio G., Frascaria F., Nobisso P.

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

INTRODUZIONE

L'A.D.I. effettua prestazioni sanitarie e socio-assistenziali a domicilio del paziente, coordinate in un programma personalizzato di assistenza per evitarne il ricovero, occupandosi dei bisogni sanitari e socio-assistenziali di pazienti non autosufficienti per malattie e disabilità fisico-psichiche o malattie in fase terminale. Mantenendo a domicilio il paziente, ove possibile, riduce i ricoveri impropri ed il tasso di ospedalizzazione. Il programma operativo prevede che le attività siano svolte attraverso il D.S.B. tramite protocolli A.S.L.-Comune, siano attivate dal M.M.G. e coordinate con specialisti ambulatoriali, infermieri, fisioterapisti e assistenti sociali.

I casi annessi all'A.D.I. sono:

1. malattie neuro-muscolari progressivamente invalidanti;
2. riabilitazione di vasculopatici e neurolesi;
3. gravi fratture negli anziani;
4. malati oncologici terminali.

I criteri di presa in carico di un paziente rispondono a requisiti di patologia, di non autosufficienza e familiari e devono raggiungere il punteggio minimo previsto dai criteri del comitato regionale per l'appropriatezza. Il M.M.G. accertata la rispondenza del paziente ai vari criteri, concorda con il D.S.B. la durata, la tipologia e la frequenza degli accessi delle altre figure professionali.

CONTENUTI

Le criticità delle cure primarie sono la scarsità delle risorse umane dedicate (specifici profili professionali), dei presidi sanitari, di farmaci non erogabili dal S.S.N. e di strumenti diagnostico-terapeutici. Per superare tali problemi utile è l'utilizzo di un modello unico di assistenza domiciliare con un'*Unità Operativa Complessa* per:

- definire le strategie operative delle cure collaborando con le Direzioni Distrettuali, degli Ospedali e con le Farmacie Territoriali, proponendo protocolli organizzativi sanitari e socio-sanitari;
- definire i criteri per realizzare il "Sistema di Qualità e

di Valutazione" attraverso indicatori e standard idonei a valutare gli aspetti qualitativi, quantitativi ed economici dell'assistenza;

-istituire corsi di formazione per tutti gli operatori dell'assistenza domiciliare.

Il percorso assistenziale prevede la:

1. Segnalazione al Distretto.
2. Valutazione del caso dell'equipè sanitaria distrettuale con il M.M.G.
3. Redazione piano di assistenza (accessi M.M.G., visite specialistiche/esami, cadenza interventi ed erogazione di presidi, Nutrizione Entrale/Parenterale, fabbisogno di farmaci).
4. Consenso informato del paziente o suo familiare, informazioni su diagnosi e prognosi, ascolto dei bisogni e delle risorse familiari necessarie.
5. Cartella Clinica Domiciliare unica per tutti gli operatori.

CONCLUSIONI

La dimissione ospedaliera protetta sarà garantita dalla stipula di Protocolli tra Distretti e Direzioni

Ospedaliere con attivazione delle cure domiciliari dopo richiesta del medico ospedaliero su apposito modello. L'ospedalizzazione domiciliare dovrà basarsi sull'accessibilità telefonica 24H all'U.O. di riferimento, con almeno 1 accesso/die dello specialista ospedaliero e/o anestesista con protocolli per terapia del dolore, alimentazione artificiale e ventilazione meccanica e almeno 2 ore/die dell'infermiere ospedaliero. Il progetto riabilitativo dovrà fondarsi su obiettivi raggiungibili e verificabili attraverso scale di valutazione (Functional Independence Measure/Indice di Barthel) in modo da suddividere la complessità assistenziale in *fase intensiva acuta* e in *fase di lunga assistenza di bassa, media e alta complessità*.

6° classificato

Verso il nuovo Ospedale di Biella: dal modello divisionale al modello per intensità di cura

Grossi I., Penna A., D'Aloia F., Miola S., Pissai C., Paduos A., Agostino N., Rizzo P., Poli A.M.

Azienda Sanitaria Locale di Biella

INTRODUZIONE

L'Azienda Sanitaria Locale di Biella è impegnata nella costruzione di un nuovo ospedale che andrà a sostituire l'attuale nosocomio, che risale alla fine degli anni 30. In particolare, nella progettazione del Nuovo Ospedale, si è tenuto conto di alcuni elementi organizzativi e gestionali di particolare rilevanza:

- adozione del modello di degenza per aree funzionali omogenee e per intensità di cura;
- separazione della gestione clinica da quella assistenziale gestione dipartimentale delle risorse, delle tecnologie e delle aree di diagnosi e cura.

L'articolazione delle aree di degenza non sarà quindi utilizzata per identificare le diverse specialità medico-chirurgiche, quanto per differenziare diversi livelli di assistenza rapportati allo stato di gravità del paziente. Da un'organizzazione per reparti e divisioni si passerà ad un'organizzazione per livelli di assistenza e unità indifferenziate di degenza: day hospital, day surgery, week hospital, ordinaria, intensiva, semintensiva, recovery room, post-acuzie, riabilitazione.

La scelta adottata, di non indicare nel progetto le denominazioni delle singole discipline, pone le basi per dare alla professione infermieristica lo spazio e l'autonomia necessarie ad assicurare un'assistenza personalizzata indipendentemente dalla specialità clinica di riferimento.

METODOLOGIA

Allo scopo di avviare, prima del trasferimento, tale percorso riorganizzativo, l'Azienda ha già modificato la propria organizzazione in logica dipartimentale, istituendo con il nuovo Atto Aziendale quattro aree di degenza dipartimentali:

- 1) Week Surgery;
- 2) Day Hospital dipartimentale di area medica;
- 3) Post acuzie;
- 4) Area dipartimentale semiin-

tensiva. Con il medesimo atto l'Azienda ha riconosciuto la piena responsabilizzazione delle figure di coordinamento del personale del comparto per quanto attiene le attività assistenziali ed alberghiere, individuando una linea di responsabilità autonoma rispetto a quella clinica.

RISULTATI

Il nuovo modello organizzativo ha trovato una sua prima importante applicazione con l'istituzione dell'area di Week Surgery, aperta il 2 aprile 2007, con 28 posti letto, in funzione dal lunedì al sabato mattina, che accoglie attività di:

day surgery, one day surgery e ricoveri ordinari brevi (<3gg.). La responsabilità sul coordinamento tra gli specialisti e nei rapporti con i MMG è affidata ad un Responsabile Chirurgo, mentre la responsabilità di gestione dell'area è affidata alla coordinatrice Infermieristica. Nel primo anno (da maggio 2007 ad aprile 2008) di attività l'area di degenza ha realizzato 4105 ricoveri chirurgici afferenti alle diverse specialità.

VALUTAZIONE E CONCLUSIONI

La creazione della Week Surgery ha rappresentato un processo condiviso di riorganizzazione dell'assistenza orientato a porre al centro del percorso i bisogni clinico-assistenziali dei pazienti basandoli non sulla disciplina specialistica ma sulla complessità assistenziale. L'abitudine dei reparti a gestire i propri letti di degenza, la preoccupazione dei professionisti di influire negativamente sui volumi di attività chirurgica, l'insufficiente esperienza della componente infermieristica nell'assumere ruoli gestionali, apparivano ostacoli sovrastanti rispetto ai possibili vantaggi.

Oggi il risultato positivo del progetto è ampiamente riconosciuto da operatori e pazienti.

7° classificato

Esperienza di sorveglianza epidemiologica delle infezioni della ferita chirurgica in un presidio ospedaliero dell'Umbria

Pasqui A.*, **Ventra S.***, **Gallo E.***, **Pasquini R.***, **Angeli G.***, **Mastrandrea V.***
Rossi M.**, **Rossi F.****, **Valentinucci P.****

*Dipartimento di specialità medico chirurgiche e Sanità pubblica – Università degli Studi di Perugia

**Presidio ospedaliero Unificato Azienda USL n. 2 dell' Umbria

INTRODUZIONE

Il problema delle infezioni ospedaliere rappresenta una priorità sanitaria per i Paesi ad economia avanzata, per l'impatto sulla salute dei cittadini, per l'impatto sulla spesa sanitaria e per la ricaduta negativa sull'opinione pubblica.

Obiettivo principale del nostro studio è stato quello di stimare l'incidenza delle infezioni della ferita chirurgica (ISC) a 30 giorni dall'intervento in reparti di chirurgia generale e ostetricia-ginecologia e di confrontarli con altri analoghi studi nazionali.

CONTENUTI

Lo studio ha avuto la durata di 4 mesi (dicembre 2007-aprile 2008) e si è svolto presso i reparti di chirurgia e ostetricia di 3 presidi ospedalieri unificati della Asl 2 dell'Umbria.

Per la definizione dei criteri di inclusione si è fatto riferimento al protocollo del National Nosocomial Infection Surveillance System (NNIS). Le ISC sono state identificate in base ai criteri dei Centers for Diseases Control and Prevention. I pazienti sono stati monitorati durante il ricovero e dopo la dimissione per un mese dall'intervento e i dati sono stati raccolti mediante una scheda di rilevazione da personale medico e/o infermieristico.

Sono stati sorvegliati 372 interventi, (81.99% in elezione, 16,67% in urgenza, 1,34% non riportato). Il follow-up postdimissione è stato correttamente completato nel 55.91% degli interventi.

L'incidenza globale delle ISC è pari a **4,84%**. Sono state individuate 18 infezioni: 7 durante il ricovero e 11 dopo la dimissione. Nei tre ospedali in esame, l'incidenza delle ISC risulta essere rispettivamente **13.16%**, **2.76%** e **5.98%**.

Nella UO di chirurgia l'ISC nei 3 ospedali è pari a

18.52%, **2.35%** e **4.76%** mentre nella UO di ginecologia-ostetricia è **0.0%**, **4.26%** e **16.67%**.

Considerando le diverse categorie di intervento, l'incidenza maggiore si è riscontrata nella chirurgia del colon 25%, seguita da appendicectomia 10%, riparazione ernia 6.6%, taglio cesareo 5.45%, colecistectomia 3.92% chirurgia vascolare 4%, sistema genito-urinario 3.44%.

CONCLUSIONI

I risultati ottenuti si discostano, anche se non di molto, da altri studi condotti in Italia, dove, ad esempio, nel Friuli Venezia Giulia si osserva un'incidenza del 4.6%; in Emilia Romagna del 3.4% e nell'ospedale S.Orsola-Fatebenefratelli del 4.74%.

Se si scompongono i dati per categoria di intervento si notano differenze tra le realtà nazionali anche se la chirurgia del colon mostra livelli elevati in tutti gli studi analizzati.

Il sistema di sorveglianza delle ISC, se correttamente condotto, risulta di grande utilità per la valutazione della qualità dell'assistenza, per il monitoraggio delle infezioni e delle aree di maggior rischio, permettendo infine una comparazione tra strutture. Inoltre i dati disponibili sembrano indicare che ci sia ancora molto da realizzare in termini di prevenzione e controllo.

8° classificato

Progetto per l'accreditamento istituzionale delle Unità Operative di ematologia, medicina interna, malattie infettive, neurochirurgia, microbiologia e virologia dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza

Loizzo M. *, Perfetti O. **, De Paola S. ***

* SS Qualità ed Accredimento - Azienda Ospedaliera di Cosenza,

** Direzione Sanitaria - Azienda Ospedaliera di Cosenza,

*** Direzione Sanitaria - Presidio Ospedaliero Mariano Santo - Cosenza

INTRODUZIONE

L'Accreditamento istituzionale (cioè regolamentato per legge) è un prerequisito per erogare prestazioni sanitarie nel Sistema Sanitario Nazionale. Comporta la verifica del possesso di requisiti generali nonché specifici strutturali, tecnologici, organizzativi e clinico-professionali nelle Unità Operative oggetto della verifica. A regime il modello dell'A. selezionerà all'interno del SSN e per ciascuna Regione un "Albo dei Fornitori" di servizi sanitari qualificati "a garanzia" dei Committenti (Regioni), dei cittadini e degli operatori sanitari.

CONTENUTI

L'Azienda Ospedaliera di CS ha varato, esperienza pilota a livello regionale, un progetto sperimentale sull'A. che ha riguardato numerose Unità Operative. La peculiarità di tale percorso è che si tratta di una esperienza emergente dal basso (bottom up) in assenza di una attivazione regionale di percorsi di tale tipo. L'esigenza forte è stata quella di implementare nell'azienda, una valutazione basata su un Sistema di regole condivise e uguale per ogni UO che consentisse di uscire dall'autoreferenzialità e consentisse di confrontare le diverse realtà attraverso un sistema oggettivo di criteri. Gli obiettivi del progetto sono stati: Avviare un percorso di autovalutazione da parte delle Unità operative coinvolte al fine di verificare il possesso di requisiti organizzativi, strutturali, tecnologici e implementazione di quelli clinico-professionali; utilizzare il Modello dell'A. come strumento di miglioramento continuo; dotare i professionisti sanitari degli strumenti del Governo clinico attraverso la va-

lutazione della propria performance, individuazione di Benchmarking, Analisi delle criticità e barriere al cambiamento.

La metodologia seguita è stata quella di individuare le aree da monitorizzare e sviluppare, con riunioni con il personale per la condivisione del progetto e individuazione di responsabilità e compiti; fornire la consulenza all'organizzazione e realizzazione dell'audit di verifica; supportare le unità operative nella redazione del Manuale di accreditamento, delle procedure, degli accordi di interfaccia, dei requisiti di area generale e specifici, e nell'acquisizione di tutta la documentazione necessaria per la verifica. Il Progetto ha previsto una 1° fase di preparazione alla visita di A. con predisposizione del manuale e relative griglie con autovalutazione per i requisiti generali e specifici. Una 2° fase di preaudit con verifica da parte di una Commissione esterna di valutatori con un supervisore della completezza e veridicità della documentazione prodotta.

La 3° fase della visita di Audit ha previsto l'esame finale delle evidenze prodotte e visita sul campo della Commissione con redazione e restituzione del rapporto finale con l'esito della verifica.

CONCLUSIONI

Il Progetto ha voluto sottolineare come, anche in momenti difficili per la Regione (di fatto ad oggi l'Assessorato alla salute della Calabria è commissariato), in assenza di Piano Sanitario Regionale e con le conseguenti precarietà economiche dell'Azienda, la Direzione Sanitaria può continuare a svolgere un ruolo propositivo per il miglioramento continuo della qualità.

9° classificato

Studio prospettico sulle infezioni del sito chirurgico (ISC) nell'Ospedale "Miulli"

Mirabella G.* , Formoso M.* , Logrieco G. , Balducci M.T.*** , Prato R.**** , Sanguedolce A.* , Nitti A.***

*Direzione Sanitaria Ospedale F.Miulli-Acquaviva delle Fonti (BA)

** U.O.C. di Chirurgia Generale Ospedale F. Miulli-Acquaviva delle Fonti (BA)

*** Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia

**** Dipartimento di Scienze Mediche e del Lavoro - Università degli Studi di Foggia

INTRODUZIONE

In Italia si stimano in media 450.000-700.000 casi/anno d'infezioni ospedaliere (incidenza 5-8%), con 4.500-7.000 morti. Tra le infezioni correlate all'assistenza, le infezioni del sito chirurgico (ISC) rappresentano una delle complicanze più frequenti; determinando un aumento della degenza, dei costi e della mortalità attribuibile.

Data la rilevanza del fenomeno il Centro per la Prevenzione e Controllo delle Malattie ha promosso il Progetto INF-OSS "Prevenzione e controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria" a cui l'Ospedale Miulli ha aderito.

OBIETTIVI

L'obiettivo di questa indagine è stato quello di valutare, in modo prospettico, l'incidenza delle ISC, cumulativa e stratificata per categoria di intervento e l'indice di rischio.

MATERIALI E METODI

Da febbraio a giugno 2008, sono stati monitorati tutti gli interventi di chirurgia del colon-retto, appendicectomia, colecistectomia laparotomica e laparoscopica e di riparazione d'ernia effettuati presso le Unità Operative di Chirurgia dell'Ospedale "Miulli".

Per ogni paziente arruolato nello studio sono stati rilevati, tramite schede cartacee, dati relativi a: anagrafica del paziente, tipo di intervento (tramite codici ICD-9-CM), punteggio ASA, durata dell'intervento, categoria dell'intervento, utilizzo di antibiotici.

La presenza d'infezione, definita in accordo con la definizione del NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance System), è stata rilevata sia durante il periodo di degenza sia a 30 giorni dall'intervento tramite contatto telefonico.

RISULTATI

Sono stati inclusi nello studio 509 pazienti di età media pari a 55 anni. Nel 65,8% circa dei casi si è trattato di interventi puliti e nel 34,2% di interventi puliti-contaminati. In 21 pazienti (4,1%) si è sviluppata un'infezione superficiale della ferita, in 7 casi rilevata durante il ricovero e in 14 casi dopo la dimissione. Per 6 casi di ISC rilevati durante il ricovero è stato identificato l'agente patogeno con relativo antibiogramma. Gli agenti patogeni isolati sono stati: *Staphylococcus aureus* (2 casi), *Staphylococcus epidermidis* (1 caso), *Enterococcus faecium* (1 caso), *Enterococcus faecalis* (1 caso), *Micrococcus species* (1 caso). Non è stata rilevata nessuna infezione profonda o degli spazi. L'incidenza più alta di ISC si è verificata negli interventi della chirurgia colon-retto, con valore pari al 36,8%.

La maggior parte degli interventi sorvegliati aveva un IR compreso tra 0 e 1.

L'antibiotico più frequentemente utilizzato negli interventi sorvegliati è stato la cefazolina, somministrata entro i 30' che precedono l'intervento.

Il controllo a 30 giorni dall'intervento è stato effettuato telefonicamente, con una rintracciabilità dell'88,5% dei casi negli interventi di tiroidectomia, dell'89,4% dei casi nella chirurgia del colon-retto, del 72,7% dei casi negli interventi di colecistectomia laparoscopica, del 71,4% dei casi negli interventi di colecistectomia laparotomica, del 68,7% dei casi delle appendectomia e del 78,9% dei casi di riparazione di ernia.

CONCLUSIONI

Dall'esperienza maturata emerge come la sorveglianza sia un elemento importante per monitorare l'incidenza delle ISC nel tempo e per individuare fattori di rischio su cui agire.

In particolare l'incidenza di ISC rilevato nel nostro studio è risultata del 4,1%, valore in linea con i dati della letteratura ma suscettibile di miglioramento.

Direzione e monitoraggio legislativo regionale NeD: una risposta all'esigenza di aggiornamento normativo per la Direzione Sanitaria

Introduzione di **GIANFRANCO FINZI** - Presidente ANMDO

Il progressivo consolidarsi di un sistema sanitario caratterizzato a livello regionale da un'ampia autonomia gestionale, organizzativa ed assistenziale ha determinato l'incremento delle aree regolamentate con provvedimenti regionali ed ha comportato la crescita esponenziale degli atti deliberativi. Una delle principali conseguenze è la necessità per i Direttori Sanitari di un rapido, semplificato e costante aggiornamento; infatti nello svolgimento delle proprie attività, più in generale, gli Operatori del settore sanitario devono tener conto di un sistema e di un insieme di norme nazionali e regionali che ne hanno notevolmente amplificato le responsabilità. Un'informazione rapida, dettagliata e precisa dei provvedimenti normativi consente agli Operatori di svolgere le proprie attività con maggior competenza e sicurezza.

Con il servizio **NeD** il Direttore Sanitario ha a disposizione uno strumento tempestivo, agevole ed efficace che gli consente di essere costantemente aggiornato sul complesso normativo sanitario non solo della propria regione, ma di conoscere anche le scelte normative delle altre regioni. A poco più di un anno dalla sua attivazione (Congresso di Rimini, settembre 2007) il Servizio ha raccolto quasi 400 iscritti, operanti in circa 200 Aziende Sanitarie, che hanno "monitorato" oltre 1.000 provvedimenti normativi. Bastano questi numeri per il primo bilancio annuale e per esplicitare l'utilità dello strumento che viene qui descritto da due tra i più assidui Colleghi utilizzatori di **NeD**.

Desidero ricordare che è possibile iscriversi al servizio anche direttamente dal Sito Internet della nostra Associazione (www.anmdo.org).

Paolo Silvio Bruni*, **Silvio Falco****

* *Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera Universitaria Maggiore della Carità Novara*

** *Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano Torino*

Nel corso dell'ultimo anno abbiamo avuto la possibilità di provare praticamente il sistema NeD ed avendone apprezzato i contenuti vogliamo riassumere la nostra esperienza fornendo alcuni pratici suggerimenti su possibili ampliamenti che ci paiono di sicuro interesse per i medici di direzione sanitaria.

NeD raccoglie, classifica, produce e dissemina materiali documentali legati alla normativa sanitaria; diffonde la cultura della documentazione, intesa come capacità di creare memoria delle esperienze; può essere di utile supporto nell'attività di sperimentazione, di implementazione di pratiche innovative, stu-

di comparativi e progetti di ricerca nella realtà sanitaria regionale e nazionale.

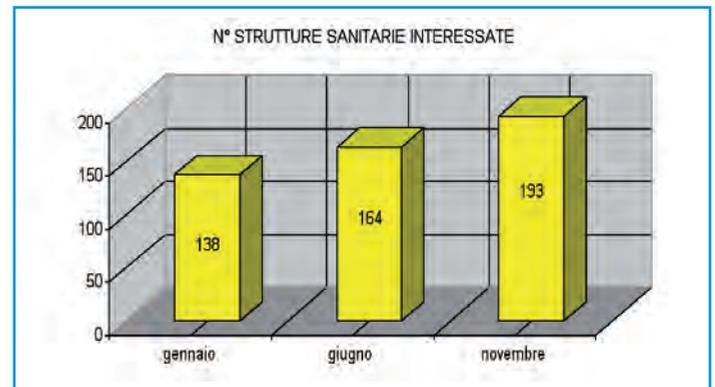
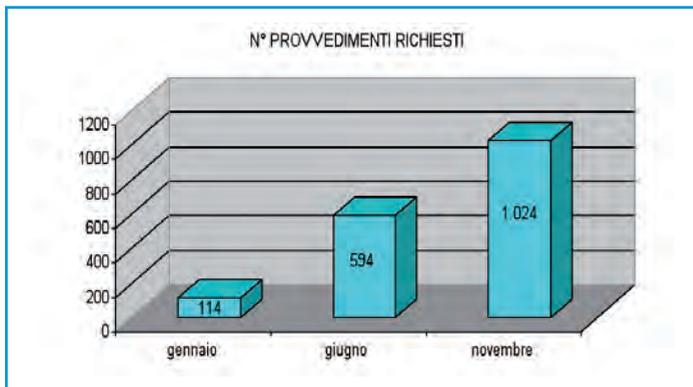
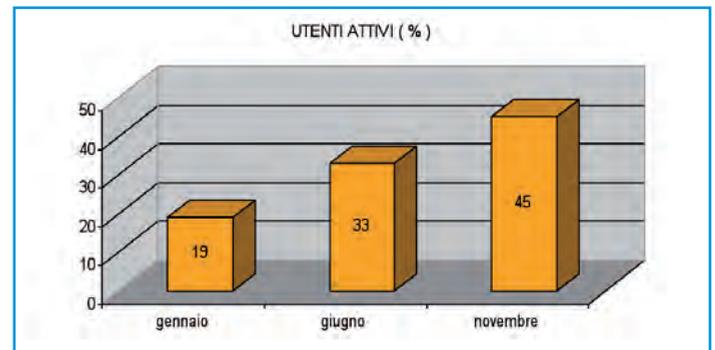
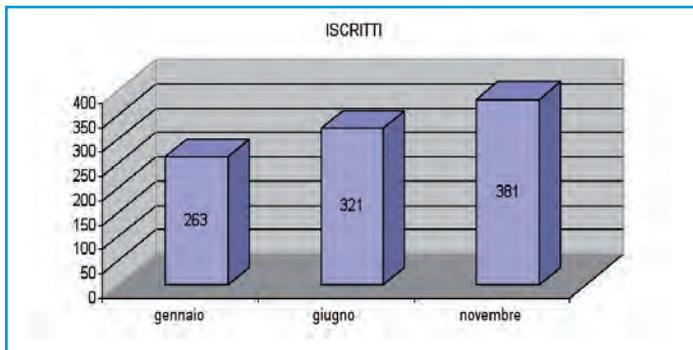
Il servizio (fornito dall'Agenzia Azygos e supportato da Roche SpA) consente alle direzioni sanitarie, previa registrazione al sito, di avere per via telematica una esaustiva e tempestiva informazione circa i provvedimenti in materia di sanità assunti sia a livello nazionale sia regionale.

La tempestività nella pubblicazione degli aggiornamenti che arrivano via mail con cadenza settimanale e con dettagliati riepiloghi mensili dei provvedimenti pubblicati, è una delle potenzialità del sistema che,

proprio in quanto aggiornato, favorisce ed abitua alla consultazione; inoltre le operazioni di connessione via posta elettronica rendono di facile approccio e semplificano al massimo l'utilizzo.

La seconda caratteristica positiva del sistema riguarda la facilità con cui, facendo un semplice "rispondi" ed evidenziando il titolo e/o l'argomento d'interesse, è possibile riavere indietro il documento richiesto nella sua versione integrale in pochissimi minuti.

La terza potenzialità è quella di affiancare alla normativa nazionale anche quella delle singole regioni consentendo di fatto di avere uno sguardo d'insieme sull'evoluzione della legislazione, altrimenti difficilmente ottenibile e certamente con un ben maggiore dispendio di tempo ed energie.



Un' ulteriore potenzialità del sistema è data dalla possibilità di effettuare ricerche per argomenti che sono suddivisi in sottocapitoli quali:

L'interesse nel sistema è dunque particolarmente rilevante ed allo stesso tempo sarebbe interessante valutare la possibilità di implementarlo con-

ASL/AO	Oncologia,
Celiachia	Plasma sangue
DRG Tariffe	Prevenzione
Farmaci	PSN, PSR , PTOR
Farmacovigilanza	Vaccini
Fondo sanitario regionale	Ricerca
Malattie rare	SSN,SSR

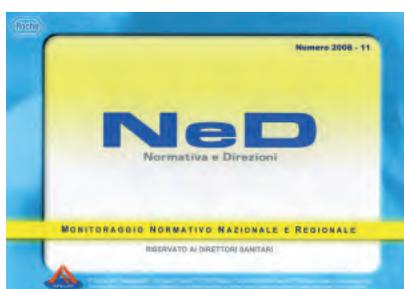
La ricerca per argomenti consente di avere immediatamente disponibili i titoli dei più recenti provvedimenti assunti in materia nelle diverse Regioni rendendo così possibili confronti e facilitando scelte operative.

sentendo l'accesso ad altre informazioni oltre a quelle sulla normativa nazionale e regionale che riguardano l'iter legislativo nelle varie commissioni di Camera e Senato di diversi provvedimenti legislativi che posso-

no essere di interesse per i medici di Direzione Sanitaria quali ad esempio gli argomenti di etica medica oggi peraltro di estrema attualità.

Altrettanto interessante potrebbe essere favorire l'interazione tra tutte le categorie coinvolte professionalmente nell'Information and Communication Technology (ICT) in Sanità a livello nazionale, regionale ed aziendale e, dunque, fare aumentare la sinergia e il coordinamento tra le attività svolte all'interno di ogni regione, attraverso la condivisione delle informazioni, la creazione e la sperimentazione di una piattaforma di collaborazione e di trasferimento di know-how. NeD potrebbe contribuire a sostenere l'innovazione in sanità attraverso l'attivazione di gruppi di studio e ricerca circa le nuove metodologie cliniche, gestionali, tecnologiche e la qualità dei processi di erogazione.

Il sistema adeguatamente implementato potrebbe di fatto consentire come un vero e proprio BLOG la collaborazione ed il confronto sui temi normativi fra gli operatori del Servizio Sanitario Nazionale.





IMPORTANTE ACQUISIZIONE DEL GRUPPO NEC EUROCHIM DI CUSAGO

Nell'ambito del programma di espansione nel settore 'institutional' in Europa, il gruppo NEC EUROCHIM ha realizzato una importante acquisizione di maggioranza a conclusione di una trattativa con una delle più specializzate aziende italiane come la MARTELLLO di Albignasego. Il gruppo NEC EUROCHIM produttore di specialità chimiche, di apparecchiature di dosaggio e per la disinfezione e di programmi di Total Service, opera in Europa attraverso le commerciali 'HYPRO' nei diversi campi

dell'alimentazione, delle acque, dei metalli e delle convivenze.

Questa nuova acquisizione si inserisce nell'impegnativo pluriennale programma di sviluppo deciso per consentire il passaggio dalla produzione al consumo attraverso un percorso diretto e monitorato, sostenuto da una organizzazione specializzata che possa garantire a tutta la clientela i migliori standard di servizio pre e post vendita, i più elevati livelli qualitativi delle proposte di prodotti e programmi di igiene totale ed un sempre più completo assortimento di prodotti chimici e non.

La ricerca del successo di questa nuova realtà sarà fortemente favorita dal supporto che il Gruppo NEC EUROCHIM può offrire nel campo della innovazione continua dei prodotti, nel rispetto dell'ambiente, nei principi di logistica attenta alla diverse esigenze delle diverse zone e della diversa tipologia di clientela e nelle soluzioni studiate e continuamente evolute per l'ottenimento di alti indici di fidelizzazione della clientela.

italy@nec-eurochim.it
www.hyproclean.it

PROGETTO "GYNIUS BY ARCO"

La ARCO è il primo produttore nel settore della detergenza a sviluppare un piano di marketing avente per oggetto l'installazione degli impianti "GYNIUS", impianti di erogazione del prodotto in forma di "soluzione detergente pronta all'uso per il cliente", in confezioni diversificate: flaconi, taniche o in forma libera per il riempimento dei serbatoi di lavasciuga o secchi per il lavaggio manuale, dotati sia del "S.D.C.", sistema di diluizione controllato per la corretta formulazione della soluzione detergente pronta all'uso partendo da un prodotto concentrato, che del rivoluzionario sistema "S.C.C.", System Cleaning Control, che è il primo sistema di controllo interattivo sul consumo di detergente da parte del cliente finale. L'attivazione degli impianti "GYNIUS" presso i cantieri avviene da parte dei dealers, con programmazione di tutti i consumi preventivati permettendo quindi una tracciabilità e rintracciabilità dei consumi effettuati.

IL PROGETTO "GYNIUS by ARCO" è in grado di offrire al cliente finale:

1. La installazione degli impianti, a seconda dei consumi preventivati
2. L'analisi e calcolo dei consumi di detergente con il rivoluzionario "S.C.C.", System Cleaning Control
3. Una gamma differenziata di soluzioni detergenti pronti all'uso (Acido, Alcalino, Manutentore, Sgrassante e Sanificante) attraverso il "S.D.C.", sistema di diluizione controllato
4. servizi di logistica (consegna) personalizzati da parte dei distributori di zona, con manutenzione e approvvigionamento degli impianti "GYNIUS"
5. formazione tecnica delle risorse umane impiegate in azienda e nel cantiere

arcochimica@libero.it
www.arcochimica.it



QUALITÀ, CONVENIENZA E VERSATILITÀ

Con oltre 25 anni di esperienza nello sviluppo di prodotti HD per il settore broadcast, Sony conferma il suo impegno nella progettazione di soluzioni dedicate per il settore medico che consentono a chirurghi e operatori sanitari di migliorare il servizio ai pazienti. Tra le novità Sony ha recentemente presentato due nuove stampanti: UP-DF750 e UP-DR80MD.

La UP-DF750 è una FilmStation high-end, ideale per applicazioni radiologiche e per mammografie. Semplice da installare, sia in modalità verticale che orizzontale, è dotata di uno schermo da 3,8". Il workflow

più rapido consente di stampare fino a 90 lastre all'ora (per i formati 8" x 10"), mentre l'esclusiva e innovativa tecnologia di elaborazione a secco di Sony offre la possibilità di caricare i supporti anche con luce diurna. È inoltre ecocompatibile, poiché non utilizza ologenuro di argento. La UP-DR80MD è la stampante a sublimazione di colore in formato A4 più compatta sul



mercato, studiata per applicazioni chirurgiche e in ambulatori, progettata per gli spazi ridotti dei carrelli per applicazioni endoscopiche. È in grado di offrire una riduzione notevole dei costi e grazie alle sue dimensioni di 12,5"(L) x 16,75"(P) x 8,13"(A) e a un peso inferiore a 12 kg, è ideale per le moderne strutture chirurgiche. Inoltre, la riduzione dei costi di esercizio rende questo dispositivo un'eccellente alternativa alle stampanti ad inchiostro, il cui prezzo di acquisto originale viene considerevolmente aumentato a causa dei costi dei supporti.

www.sonybiz.net
<http://www.sony.it>
<http://www.sony-europe.com>

NOLEGGIO "ALL INCLUSIVE" ECOWASH

L'importante esperienza di Ecolab nel settore della detergenza ha permesso di sviluppare soluzioni innovative per gli operatori del settore lavanderia interessati ad offrire un eccellente servizio ai propri clienti. Il programma Ecowash è stato la risposta concreta all'esigenza di avere macchine lavabiancheria ed essiccatoi professionali senza le preoccupazioni relative alla manutenzione ed all'assistenza di macchine soggette a carichi di lavoro intensi. Lo specialista Ecolab effettua un sopralluogo per valutare insieme al cliente il modello di macchina più idoneo all'attività da svolgere considerando la tipologia di biancheria trattata, gli spazi disponibili, i carichi di lavoro quotidiani ed i risparmi realizzabili.

Grazie alla comoda formula di pagamento di un canone trimestrale, il cliente non deve sostenere un significativo impegno economico ed è libero di scegliere se riscattare la macchina alla fine del contratto. Il successo del noleggio "all inclusive" Ecowash è giustificato dagli evidenti vantaggi che il programma offre a tutti gli operatori professionali che vogliono perseguire il successo della propria attività.

Soluzione Totale: il noleggio di lavatrici ed essiccatoi professionali include tutti i costi di assistenza. La gestione delle spese è efficiente ed i costi sono fissi. Nessun investimento iniziale ma solo un contenuto canone trimestrale fiscalmente deducibile.

Gamma Completa: la possibilità di scegliere la macchina più idonea per le proprie esigenze di lavaggio

Servizio d'Assistenza:

l'assistenza periodica e programmata garantisce la sicurezza e l'efficienza delle operazioni di lavaggio; l'assistenza straordinaria permette di fronteggiare e risolvere tempestivamente eventuali emergenze. Tutti i costi associati a parti di ricambio, riparazioni e chiamate di emergenza sono inclusi nel canone di noleggio.



Prodotti e Sistemi di Dosaggio:

i sistemi di dosaggio completamente automatizzati e modulari vengono collegati alle macchine lavabiancherie per garantire la sicurezza degli operatori, per facilitare le operazioni di lavaggio nel rispetto dei tessuti e per verificare l'effettivo consumo.

Risparmio: il facile controllo dei costi, la riduzione dei tempi di lavoro, il contenimento delle spese di energia ed acqua, i benefici fiscali previsti, l'assistenza e le parti di ricambio gratuite sono risparmi misurabili.

Addestramento del Personale: la formazione per il corretto utilizzo dei prodotti e delle macchine è costantemente garantita ed è indispensabile in caso di elevato turnover.

www.ecolab.com

STEELCO: EVOLUZIONE E INNOVAZIONE NEL TRATTAMENTO DEGLI ENDOSCOPI FLESSIBILI

L'introduzione degli endoscopi nella pratica clinica ha migliorato notevolmente la diagnosi e la terapia di alcune patologie ma ha anche aumentato le possibilità di infezioni conseguenti all'utilizzo di uno strumento che, se non correttamente trattato, può diventare potenziale veicolo per il trasferimento di microrganismi e sorgente di infezioni nosocomiali.

La trasmissione di infezioni è normalmente attribuita alla mancanza di metodi appropriati di pulizia e disinfezione degli endoscopi. La pulizia manuale e il successivo ricondizionamento degli endoscopi con metodi automatici (lavaendoscopi) consente di evitare la trasmissione di infezioni e mantenere gli standard qualitativi della disinfezione migliorando la standardizzazione del reprocessing.

In quest'ottica Steelco ha realizzato una lavaendoscopi in grado di garantire una disinfezione di alto livello per tutti i tipi di endoscopi flessibili e rigidi. La EW2 è conforme a quanto richiesto in ciascuno dei punti della normativa di riferimento ISO 15883-4. Tra le principali caratteristiche che rendono EW2 assolutamente unica in termini di rispondenza alle normative e di risultati testati, vale la pena sottolineare la capacità di effettuare detersione e disinfezione dello strumento all'interno dello stesso ciclo di trattamento, la capacità di controllare separatamente e costantemente ciascuno dei canali dell'endoscopio durante tutto il ciclo, con controlli di flusso e di pressione, la possibilità di trattare contemporaneamente fino a 2 endoscopi flessibili, il sistema di autoapprendimento degli strumenti e il loro successivo riconoscimento tramite pannello di controllo "touch screen" o con l'ausilio di un lettore di codice a barre oppure con sistema RFID.

Per assicurare inoltre una efficace detersione e disinfezione di tutta la superficie dello strumento, EW2 dispone di un sistema brevettato che evita qualsiasi punto di contatto dello strumento con il supporto di lavaggio. Al termine di ogni ciclo di lavaggio, della durata da 20 a 30 minuti, è possibile stampare un report del ciclo eseguito ai fini di garantire la tracciabilità e la registrazione dell'attività endoscopica.

Una volta riprocessato, lo strumento è pronto per il suo immediato utilizzo o per essere riposto in armadi di stoccaggio e asciugatura, per prevenire lo sviluppo di agenti patogeni o la ricontaminazione dello strumento stesso.

steelco@steelcospa.com

www.steelcospa.com



**L'OPEROSA
E SANIVAP: UNA
SPERIMENTAZIONE
D'ECCELLENZA**

L'Operosa di Bologna, specialista nei servizi di igiene ambientale in ambito sanitario, fondata nel 1951, si è sviluppata sino a divenire, con oltre 1.500 lavoratori ed importanti appalti in tutto il Centro-nord, una delle imprese del settore più affermate ed affidabili. L'Operosa è prioritariamente focalizzata sulla soddisfazione del cliente.

Questi i punti-cardine: erogare il servizio con trasparenza ed efficienza, aderendo ai requisiti definiti dalla normativa di riferimento e dalle specifiche identificate dal cliente; stabilire e



rafforzare i rapporti di partnership con clienti e fornitori; investire nel continuo adeguamento delle risorse, anche mantenendo un ambiente di lavoro idoneo, sereno e stimolante.

D'altra parte la pulizia deve essere svolta in modo sempre più accurato, e ciò è tanto più vero in sanità, dove il rischio è elevato e le superfici, se non efficacemente decontaminate, divengono ricettacolo di microrganismi portatori di infezioni. Come si risolve, dunque,

il problema? Una sperimentazione condotta attraverso il personale della cooperativa presso il Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna, sotto la supervisione dei medici specialistici del Dipartimento di Scienze Chirurgiche Specialistiche e Anestesiologiche del S. Orsola e in collaborazione scientifica con il Dipartimento di Biologia ed Evoluzione dell'Università di Ferrara, ha permesso di validare il sistema SaniVap di IPC. Il sistema si basa sul

vapore, portato ad una temperatura di 92-93°C. L'erogatore è in grado di raggiungere, grazie agli adattatori in dotazione all'apparecchiatura, tutti i punti da sanificare, comprese pareti, snodi dei lettini, ecc.

Rispetto al sistema di sanificazione tradizionale, l'impiego del vapore senza disinfettanti di SaniVap, garantisce gli stessi ottimi risultati assicurando tuttavia una riduzione dell'impatto ambientale, un minore rischio e anche un risparmio economico (per approfondimenti sul sistema si veda l'articolo a pag.90 de L'Ospedale 3/08).

www.operosa.it/00center.htm

**AQUAZERO, IL FUTURO DELLA
STERILIZZAZIONE È ADESSO**

Aquazero è il nome dell'innovativo sistema, brevettato da CISA dopo un lungo e intenso processo di ricerca e sviluppo, che ha consentito la realizzazione di un dispositivo per il vuoto ad alte prestazioni, senza l'utilizzo di acqua nella fase di raffreddamento.

Il kit tecnologico Aquazero (di tipo a palette a bagno d'olio), si basa sul funzionamento di una pompa ad alto vuoto, che, oltre a garantire un rendimento elevato in termini di qualità della sterilizzazione, riduce al massimo il consumo di acqua necessaria durante ogni ciclo. La pompa, silenziosa ed altamente compatibile con il vapore, permette di ottenere un valore di vuoto spinto inferiore ai limiti prefissati dalla normativa di riferimento. Caratteristica importante ed imprescindibile del kit è la sua perfetta compatibilità con le autoclavi già prodotte con i sistemi precedenti: la sostituzione dei sistemi tradizionali non costituisce alcun stravolgimento, né tecnologico né funzionale, per le autoclavi nelle quali si installa un sistema con le funzionalità di Aquazero. Nell'ambito della Fiera Exposanità 2008 di Bologna, il kit ad alto vuoto è stato esposto al pubblico per la



prima volta. Grazie ad Aquazero è inoltre possibile, e tecnicamente semplice, ridurre al minimo le problematiche inerenti ai costi di manutenzione e all'alta temperatura dell'acqua, senza per questo intaccare la qualità della sterilizzazione. Manutenzione agevolata dagli ampi spazi presenti all'interno della macchina (le cui dimensioni di ingombro sono invece particolarmente contenute) e dalla possibilità di intervenire su tutti i componenti dal fronte. Negli ultimi anni CISA si è impegnata nello sviluppo di prodotti in

grado di monitorare tutte le fasi della sterilizzazione, con lo scopo di supportare ed incrementare la sicurezza ed il controllo del processo produttivo. Per questa ragione obiettivo primario dell'azienda è ad oggi quello di aggiornare costantemente le apparecchiature alle necessità di rinnovamento del mercato: in questo senso, la persistente ricerca di tecniche specifiche, come il sistema alto vuoto o le iniezioni a vapore che rendono possibile l'abbattimento dei costi e dei consumi durante lo svolgimento dei cicli di lavoro, costituiscono una risposta interessante alle tante domande provenienti dal mondo della sterilizzazione. Con Aquazero, il futuro della sterilizzazione è finalmente...presente!

www.cisagroup.it

ISTRUZIONE PER GLI AUTORI

La rivista pubblica lavori originali, note brevi, lettere al Direttore e recensioni. I contributi sono pubblicati in lingua italiana e debbono essere accompagnati da un riassunto in lingua italiana e da un summary in lingua inglese, le parole chiave (e le "Key words") redatti secondo le modalità precisate oltre. L'accettazione dei lavori per la pubblicazione è subordinata al giudizio di "referees" nominati dall'ANMDO. I file dei lavori non pubblicati, non si restituiscono. Gli articoli vanno inviati in formato elettronico, pronti per la pubblicazione. Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente la responsabilità degli Autori, è riservata la proprietà di qualsiasi articolo pubblicato nella rivista e ne è vietata la produzione anche parziale senza citare la fonte.

LAVORI ORIGINALI

E' indispensabile inviare il testo dei lavori in formato elettronico sottoforma di allegato di posta elettronica. I lavori vanno inviati alla Segreteria A.N.M.D.O. (e-mail: anmdo.segreteria@virgilio.it) la cui sede è a Bologna c/o Direzione Medica Ospedaliera - Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico S.Orsola-Malpighi, Via Massarenti n° 9 - 40138 (Tel. e Fax 051 390512). E' necessario elaborare il testo con qualsiasi edizione di software Microsoft word, sia in ambiente operativo Dos che Macintosh. Dovranno essere chiaramente evidenziati: autori, titolo, nome del file, tipo di software utilizzato (word o wordstar) ed ambiente operativo. I lavori originali devono essere redatti secondo il seguente schema:

Introduzione - Materiali e metodi - Risultati - Discussione e conclusioni - Bibliografia.

La prima pagina del lavoro deve contenere: il titolo (in lingua italiana), i nomi degli Autori con le istituzioni di appartenenza, le parole chiave (e le "Key words") in numero da 3 a 5 (in lingua italiana ed inglese), il riassunto (ed il "summary"). Questi ultimi, preferibilmente compresi tra 100 e 200 parole (550 caratteri circa), devono sintetizzare gli scopi del lavoro, i risultati ottenuti e le principali conclusioni. Dopo la bibliografia, in calce all'ultima pagina, va indicato il nominativo, con relativo indirizzo, numero telefonico, fax o e-mail dell'Autore cui si possa fare riferimento per ogni comunicazione attinente la pubblicazione. Il corsivo va riservato soltanto alle parole latine; non a quelle in lingua straniera.

Eventuali figure devono essere fornite preferibilmente in formato jpg atto a consentire un'ottimale riproduzione fotografica. Le tabelle e le figure non devono di norma eccedere globalmente il numero di 5. Ogni tabella ed ogni figura vanno spedite su un file separato, numerate consecutivamente secondo l'ordine di citazione nel testo e corredata da titolo e/o didascalia. Tabelle e figure, provenienti da lavori precedentemente pubblicati, devono essere accompagnate dal permesso scritto di riproduzione da parte dell'Autore e dell'Editore. I lavori non conformi alle norme, per ovvi motivi organizzativi, non potranno essere presi in considerazione, né rinviati agli autori.

BIBLIOGRAFIA

Le voci Bibliografiche debbono essere citate nel testo, numerandole tra parentesi, e vanno elencate nella bibliografia in ordine alfabetico. Il titolo delle riviste deve essere abbreviato secondo lo stile usato nell'Index Medicus. Le voci bibliografiche devono essere redatte nel Vancouver Style (Br Med J 1982;284 : 1766-1770; Br Med J ed Ital 1988: 9:61-70). Esempi di alcune forme corrette di bibliografia sono dati di seguito:

Riviste

- Articolo standard (elencare tutti gli autori se in numero di 6 o inferiore a 6; se 7 o più elencare solo i primi 3 e aggiungere et al).
Dawber TR, Meadors GF, Moore FE. Epidemiologic approach to heart disease: The Framingham Study. Am J public Health 1951; 41:279-86.
- Supplementi di Riviste
Frumin AM, Nussbaum J, Esposito M. Functional asplenia: demonstration of splenic activity by bone marrow scan (Abstract). Blood 1979; 54 (suppl. 1): 26 a.

Monografia

- Autore singolo - Eisen HN. Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of the immune response 5 th ed. New York : Harper and Row, 1974:406.
- Saggio da opera collettiva (Capitolo di un libro)

La rivista è posta sotto la tutela delle Leggi internazionali sulla stampa.



**SERVIZI
OSPEDALIERI SPA**
GRUPPO MANUTENCOOP



Servizi Ospedalieri partnership per l'eccellenza

Stabilimento di Ferrara (sede legale)
Via Calvino, 33 - 44100 Ferrara (Fe)
Tel. 0532.599711 - Fax 0532.773800

Stabilimento di Teramo
Case Molino di Villa Zaccheo - 64020 Castellalto (Te)

Stabilimento di Lucca
Via San Pietro a Vico, 205 - 55100 Acquacalda (Lu)

Stabilimento di Portogaribaldi
Via Romea, 15 - 44029 Porto Garibaldi (Fe)