

in primo piano

IL CEDOLINO WEB

La normativa vigente prevede la **sostituzione del cedolino stipendiale in formato cartaceo con un documento informatico trasmesso direttamente al dipendente.**

La S.C. Gestione del Personale, per allinearsi a quanto previsto dal legislatore, si sta attrezzando per poter fornire ai dipendenti il cedolino stipendiale elettronico, **mediante invio alla casella di posta elettronica preferita, personale o aziendale, oppure tramite accesso al cedolino su un sito web.**

Il formato del cedolino supporterà funzionalità per la sicurezza e la protezione del contenuto, nonché per l'autenticità dello stesso e sarà inviato almeno il giorno precedente alla data di accredito dello stipendio; per almeno tre mesi dall'avvio sarà trasmesso anche il cedolino in formato cartaceo.

Le procedure descritte saranno sperimentate nei prossimi mesi.

I dipendenti che sono interessati ad aderire al progetto **possono rivolgersi agli sportelli della S.C. Gestione del personale (secondo piano, sezione trattamento economico) dalle ore 10.30 alle ore 12.00, per avere chiarimenti ed eventualmente per compilare il modulo con i dati necessari all'adesione.**

Il modulo è anche disponibile sulla rete aziendale osservando il seguente percorso: risorse del computer/ tutto ospedale/ Amministrazione/ personale/ lettura/ .

Gabriele Giarola
S.C. Gestione del Personale

NOTIZIE IN BREVE

■ A seguito di scadenza del precedente contratto, è stata espletata nuova procedura di gara per l'installazione di **DISTRIBUTORI AUTOMATICI DI BEVANDE CALDE E FREDE** e prodotti confezionati presso tutti i presidi dell'Azienda ospedaliero-universitaria. La gara ha durata triennale. Da giugno i **nuovi prezzi di vendita** al pubblico proposti all'Amministrazione sono i seguenti:

caffè e caffè lungo	35,00 centesimi
bevande calde	40,00 centesimi
bevande fredde in lattina	50,00 centesimi
succhi di frutta in PET da 25 cl	75,00 centesimi
acqua minerale 0,5 lt.	35,00 centesimi
bricioles	50,00 centesimi
snacks salati (cracker, schiacciate, taralli, crostini ecc.)	40,00 centesimi
barrette (cioccolato, ringo, mars ecc.)	60,00 centesimi

I dipendenti dell'Azienda potranno usufruire di prezzi agevolati rispetto all'utenza esterna (- 5 centesimi su tutti i prodotti) mediante utilizzo di chiave elettronica.

Il 12 giugno ha avuto luogo l'inaugurazione del locale caffetteria/ristorante sito presso la sede centrale dell'Azienda. Si ricorda che i dipendenti potranno usufruire di un sconto del 15% su tutte le consumazioni (bar e tavola calda).

■ Le RSU nella seduta del 12 giugno 2008 hanno provveduto alla designazione dei **NUOVI RAPPRESENTANTI DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA** (RLS), nelle persone dei Signori:

- Bellotti Eugenio (MOC)
- D'Intino Roberto (Cardiologia)
- Marcon Renzo (Psichiatria)
- Minelli Fabio (Rianimazione)
- Passero Diego (sede UIL)
- Schiavone Teresa (Chirurgia Maxillo-facciale)

■ È stata attivata una segreteria telefonica dedicata alla **PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI LIBERO-PROFESSIONALI AMBULATORIALI**. La segreteria che risponde al numero **0321-612011** è disponibile per le prenotazioni telefoniche nelle fasce orarie: 9,30 - 11,30 e 14,00 - 15,00 dal lunedì al venerdì.

■ Nell'home page del sito internet aziendale è stata attivata una **SEZIONE DEDICATA ALLA REALIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE DI NOVARA** e della sede della facoltà di medicina e chirurgia dell'Università del Piemonte orientale "Amedeo Avogadro".

■ La S.S.v.d.O. Cardiologia Riabilitativa, diretta dal dott. Franco Aina, in collaborazione con l'associazione di volontariato Amici del Cuore ha recentemente organizzato, un importante appuntamento a favore della popolazione allo scopo di promuovere la prevenzione delle malattie cardiovascolari. Nel corso della **"15° GIORNATA DEL CUORE"**, sono state eseguite gratuitamente rilevazioni dei valori di colesterolemia, glicemia e controlli della pressione arteriosa.

Nel corso della **"15° GIORNATA DEL CUORE"**, sono state eseguite gratuitamente rilevazioni dei valori di colesterolemia, glicemia e controlli della pressione arteriosa. *"Il 30 maggio a Firenze si è svolto, inoltre, il XXXIX Congresso italiano di cardiologia - spiega il dott. Franco Aina. - In questa sede si è riaffermata l'importanza di creare una rete tra ospedale per acuti (divisioni di cardiologia) e strutture come la nostra, al fine di favorire una continuità assistenziale che promuova la correzione dei fattori di rischio cardiovascolare ed una aderenza alla terapia consigliata."*

■ L'equipe della Struttura complessa a direzione ospedaliera "Pneumologia" ha effettuato lo scorso mese di maggio un intervento di **POSIZIONAMENTO DI VALVOLE ENDOBRONCHIALI**. **Si è trattato del primo intervento di questo tipo eseguito in Piemonte.**



Periodico d'informazione per i dipendenti dell'azienda ospedaliero-universitaria Maggiore della Carità di Novara - ANNO 2 - NUMERO 9 - GIUGNO 2008

editoriale

Dall'inizio del mese di giugno il dottor Paolo Silvio Bruni ha sostituito nell'incarico di **Direttore Sanitario dell'Azienda ospedaliero-universitaria "Maggiore della Carità" di Novara il dottor Neri. Il dott. Bruni è nato ad Ivrea, 57 anni fa e, presso l'ospedale di Ivrea, ha prestato servizio come Direttore Sanitario per una ventina di anni. Ha poi assunto l'incarico di Direttore Generale di una ASL marchigiana. Negli ultimi anni, prima di assumere l'incarico al "Maggiore", è stato Direttore Sanitario presso l'Istituto per la ricerca e la cura del cancro di Candiolo.**

"Ho accolto con piacere l'occasione fornitami dalla redazione di poter salutare attraverso il giornale tutti gli operatori della nostra Azienda.

La proposta del Direttore Generale, dottor Claudio Macchi, di venire a lavorare a Novara, mi ha colto di sorpresa e l'ho accettata subito con entusiasmo.

L'Azienda ospedaliero-universitaria di Novara costituisce infatti una struttura sanitaria di particolare rilievo nella nostra regione ed il fatto di essere un ospedale d'in-

segnamento aggiunge ulteriore interesse ad un'Azienda che offre una gamma completa di prestazioni assistenziali, anche di alta specializzazione.

Sono abituato a pensare che il vero patrimonio di un'Azienda siano gli operatori che con il loro impegno e la loro competenza tecnica consentono di raggiungere obiettivi talvolta anche ambiziosi garantendo ai pazienti adeguati percorsi diagnostico assistenziali.

Naturalmente a fianco delle persone ci vogliono spazi e tecnologie e, per ultimo ma non ultimi, adeguati percorsi organizzativi.

Mi assumo l'impegno ad operare in questa direzione convinto che solo con il supporto di tutti Voi, che siete i soli che conoscendoli a fondo mi possono far capire i problemi da affrontare e risolvere, riusciremo a raggiungere risultati concreti per ancora migliorare la qualità dei servizi che già ora sono assicurati ai pazienti."

Paolo Bruni
Direttore Sanitario
dell'Azienda
ospedaliero-universitaria



il punto su

Il dolore cronico è una condizione patologica comune che affligge fino al 26% della popolazione italiana.

Il sollievo dal dolore andrebbe visto come una priorità etica di ogni clinico.

Mercoledì 4 giugno ha preso avvio presso la struttura "Terapia del dolore" dell'Azienda ospedaliero-universitaria il progetto Campus, un corso teorico pratico rivolto ai medici di medicina generale per far acquisire loro le conoscenze teoriche e le competenze pratiche necessarie per la gestione complessiva del paziente con dolore cronico.

LA TERAPIA DEL DOLORE IN ITALIA

Ancora oggi, in Italia, i reparti di medicina del dolore sono troppo pochi e sempre in secondo piano rispetto alle altre strutture ospedaliere: ricevono perciò dalle amministrazioni risorse estremamente limitate ed attenzioni ancora minori.

Posto che l'approccio specialistico al dolore cronico risulta essere determinante, occorre sottolineare che la possibilità di impiegare nella pratica clinica è ovviamente subordinata all'istituzione, nell'ambito delle ASO e delle ASL, di un numero adeguato di strutture algologiche dotate delle risorse necessarie.

Ma quali sono le criticità della nostra realtà socio-sanitaria, gli ostacoli che impediscono ai cittadini di poter fruire di strutture adeguate per la gestione del dolore cronico, i motivi per cui nel nostro paese le strutture complesse di Algologia sono solo 7 con-

continua a pag. 2

redazione

Questa pubblicazione è consultabile anche sul sito internet: www.maggioreosp.novara.it

DIRETTORE EDITORIALE: Claudio Macchi • **DIRETTORE RESPONSABILE:** Eleonora Cecot • **COMITATO DI REDAZIONE:** Teofilo Andreis, Giorgio Bellomo, Silvia Beltrami, Silvio Borrè, Paolo Bruni, Andrea Capponi, Daniela Gervino, Teresa Marchetti, Chiara Serpieri • **COORDINAMENTO DI REDAZIONE:** Ufficio stampa Azienda ospedaliera • **GRAFICA E STAMPA:** Italgrafica, Novara • **PROPRIETÀ:** Azienda ospedaliero-universitaria "Maggiore della Carità" - Corso Mazzini, 18 - 28100 Novara - Tel. 0321 3731 • **REGISTRAZIONE TRIBUNALE DI NOVARA:** n. 229 del 19.3.2007.

Il giornale è a disposizione di tutti i dipendenti che intendano fornire informazioni, fare proposte o intervenire su argomenti inerenti l'attività dell'azienda. I contributi da pubblicare vanno indirizzati al comitato di redazione, presso l'Ufficio Relazioni Esterne, tel. 0321.3733640, fax 0321.3733708, e-mail: ufficiostampa@maggioreosp.novara.it.

sommario

il punto su 1-3 ■ La terapia del dolore ■ Centro di chirurgia oncologica ginecologica avanzata **fatti e notizie 4-7** ■ Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro ■ Servizio di distribuzione diretta ■ Post acute unit care ■ Alcool e lavoro ■ Anes ■ Lavori in corso **in primo piano 8** ■ Il cedolino web **notizie in breve 8**

tro, ad esempio, le 106 della Germania e le 95 della Spagna?

In primo luogo, ciò di cui si sente fortemente la mancanza è una "cultura" del dolore, non soltanto nella popolazione in generale, ma soprattutto all'interno della classe medica. Il fatto che oggi un laureato in medicina concluda il proprio corso di studi universitari senza aver mai affrontato in modo esauriente il problema dell'approccio, della diagnostica e del trattamento delle diverse forme di dolore acuto e cronico dovrebbe far riflettere.

Quante volte il dolore è il motivo principale per cui un cittadino si rivolge al proprio medico di base? E quante volte viene trattato esclusivamente nel suo ambulatorio? Con quali protocolli? Qual è l'outcome?

La cifra di 12 milioni di persone afflitte da dolore cronico è la risposta a queste domande.

Il primo obiettivo cui puntare al fine di creare una "coscienza algologica" all'interno della classe medica è quindi sicuramente rappresentato dalla formazione e dall'aggiornamento dei medici di medicina generale, che devono poter contare su un rapporto diretto con il Centro antalgico di riferimento del proprio territorio.

Ma se davvero vogliamo gettare un ponte tra gli specialisti ospedalieri ed i medici di medicina generale, è indispensabile trovare un linguaggio comune, sufficientemente semplice pur se articolato, che garantisca la comprensione e la successiva applicazione di protocolli diagnostici e terapeutici validi fin dal primo contatto con il loro assistito.

Un corso di formazione che voglia realmente raggiungere tale risultato, pur partendo, ovviamente, dalle nozioni di base sulla fisiopatologia del dolore cronico, dovrà quindi diversificarsi a seconda della tipologia di territorio cui si riferisce: ben diverse sono infatti le modalità assistenziali in una grande città piuttosto che in un piccolo paese.

In entrambi i casi, **il centro antalgico di riferimento dovrà comunque fornire un supporto di consulenza semplice, come una fascia oraria di reperibilità telefonica o un contatto e-mail che funga da aiuto in caso di necessità.**

Se i medici di medicina generale avessero una buona preparazione nel trattamento anche solo farmacologico del dolore, gran parte dei loro pazienti troverebbe risposte adeguate senza dover afferire a centri di assistenza di livello più elevato consumando risorse

già esigue, che dovrebbero invece essere riservate a pazienti con problematiche più complesse e di più difficile gestione.

Il corso tenutosi nel dicembre 2007 è stato pensato come punto di partenza di un nuovo modello operativo interattivo tra gli specialisti algologi ospedalieri piemontesi ed i colleghi del territorio: l'elevato numero di iscritti, la discussione sui temi trattati e, più in generale l'interesse e la sensibilità dimostrata sulle possibilità di trattamento del dolore cronico ne hanno confermato la validità.

Il progetto Campus 2008 ne è quindi la naturale evoluzione.

Se la necessità della creazione di una conoscenza e di una coscienza algologica è di fondamentale importanza nella formazione della presente e futura classe medica, essa diventa indispensabile quando si passi a considerare un livello di preparazione e di assistenza specialistico.

Non esistendo oggi una specializzazione in medicina del dolore, tale disciplina resta insegnamento della scuola di Anestesia e Rianimazione.

Purtroppo, sebbene i programmi e gli statuti di molte scuole contengano al loro interno numerose tematiche algologiche, in molte realtà accademiche lo spazio dedicato a questa disciplina è ancora limitato. Al contrario, il modello adottato dalla scuola di specializzazione in Anestesia e Rianimazione dell'Università del Piemonte orientale prevede, oltre ad una frequenza base obbligatoria di quattro mesi a tempo pieno presso la S.C. di Algologia la possibilità, per chi lo desidera e decida di svolgervi la propria tesi, di dedicarvi l'intero quarto anno di corso.

Ciò consente un'adeguata formazione anche per ciò che concerne le tecniche invasive, che lo specializzando esegue coadiuvato da un tutor, partecipando di fatto, al pari di un medico strutturato, alla gestione dell'attività clinica quotidiana ed al monitoraggio dei pazienti portatori di sistemi impiantabili sul territorio, sia attraverso un call center, sia direttamente a domicilio (progetto Rotary). In attesa di una vera e propria scuola di specializzazione in Medicina del Dolore (una mozione presentata nel luglio scorso alla Camera ne ha chiesto l'istituzione) riteniamo comunque si debba procedere alla costituzione di un organismo che certifichi il "medico del dolore" analogamente a quanto avviene negli USA con l'American Board of Pain Medicine

(ABPM) i cui membri devono possedere specifici requisiti (training, experience, knowledge) validati da successivo esame di qualificazione.

Questo organismo porrebbe fine alla fase pionieristica della medicina del dolore, ne consentirebbe il riconoscimento come branca specialistica favorendone la diffusione secondo criteri di efficienza ed efficacia elaborati dalle società scientifiche internazionali, razionalizzerebbe i protocolli operativi e soprattutto individuerrebbe realmente "chi fa cosa".

Un'altra precisazione riguarda le differenze che esistono tra strutture di Algologia e le strutture di Cure Palliative. Sebbene attualmente numerose realtà cliniche vedano queste due discipline coesistere all'interno di reparti, ambulatori o unità funzionali singole, questa non dovrebbe essere considerata la migliore organizzazione possibile.

È importante spendere alcuni istanti per sottolineare in cosa consistano le differenze di cui parlavamo poco sopra.

La palliazione è un complesso ed importante processo assistenziale che ricopre tutti gli aspetti fisici, sociali, relazionali e psicologici. In questo ambito il dolore è solo uno di questi aspetti e spesso non quello prevalente.

Al contrario, nei pazienti che afferiscono ad un centro di Algologia il dolore è malattia esso stesso, e la sua gestione farmacologica e/o invasiva può permettere un pieno recupero alla vita.

L'AOU di Novara ha identificato già dal 2002 questo "territorio di confine" tra le discipline ed ha implementato entrambe allo stesso modo, creando due strutture distinte: questo modello, dopo un quinquennio, si è rivelato vincente, sia in termini organizzativi e gestionali ospedalieri, territoriali e di hospice, che in elevata soddisfazione dei pazienti seguiti.

D'altra parte, se i malati oncologici rappresentano circa il 10% della popolazione afflitta da dolore cronico, appare del tutto logico chiedere per l'altro 90% analoghe attenzioni e risorse al potere politico.

Purtroppo il progetto "Ospedale senza Dolore" dopo 6 anni, è stato reso operativo solo nel 20% degli ospedali italiani. **L'AOU di Novara ha attivato questo progetto nell'aprile 2005 e, ad oggi, l'indice di appropriatezza monitorato dall'Ufficio Qualità è superiore all'84%.**

A.N.E.S.: UNA REALTÀ EMERGENTE

Si è costituita presso l'Azienda ospedaliero-universitaria l'**Associazione Novarese di Emergenza Sanitaria (A.N.E.S.)**, un'associazione che intende perseguire finalità di solidarietà sociale ed ha quale oggetto principale della sua attività lo svolgimento di prestazioni di assistenza in campo sanitario, sociale e civile in favore di persone che versano in condizioni di difficoltà fisica, psichica e sociale.

L'ANES è costituita esclusivamente da professionisti della sanità che prestano la propria opera presso i presidi ospedalieri del quadrante del Piemonte nord-orientale.

L'associazione, il cui statuto è stato registrato presso i competenti organi di Stato, non ha fini di lucro. È iscritta al Coordinamento delle organizzazioni di volontariato di protezione civile della Provincia di Novara, ha stipulato una convenzione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Novara, e collabora con istituzioni provinciali e nazionali, quali la Croce Rossa Italiana.

L'obiettivo è creare un posto medico avanzato (PMA) di II livello operativo ed autonomo, con mezzi propri, per sette-

dieci giorni in luoghi soggetti ad evento catastrofico.

L'ANES vanta l'appoggio di colleghi operanti nei presidi ospedalieri di Vercelli, Biella, Domodossola e Borgomanero.

Tutti gli iscritti (infermieri, medici, tecnici di laboratorio e di radiologia, caposala, strumentisti e ostetriche) partecipano a corsi teorici ed esercitazioni sul campo per consentire la necessaria integrazione funzionale ed interdisciplinare e preparare personale esperto abituato a lavorare in ambiente extra-ospedaliero nell'ambito dell'emergenza-urgenza.

A tre anni dalla nascita dell'associazione,



Roberto Sani
Presidente ANES

LAVORI IN CORSO: ultimi aggiornamenti

■ È stata aperta la **nuova area di degenza temporanea del DEA Pronto Soccorso** dell'Azienda, al piano terra del padiglione B. Il reparto è dotato di 10 posti letto, distribuiti in 5 stanze a 2 letti con servizi e climatizzate. Alla conclusione dei lavori della degenza temporanea seguirà l'avvio della seconda fase degli interventi previsti, con la ristrutturazione della zona attualmente occupata dalla Radiologia del Pronto Soccorso. Nei prossimi giorni avverrà la sostituzione delle apparecchiature radiologiche convenzionali e della TAC, attualmente in dotazione al servizio.

■ Sono in fase di aggiudicazione gli interventi di adeguamento del reparto di **Radiologia** e i lavori di ampliamento dei locali del **C.U.P.** e del **Centro Prelievi del presidio ospedaliero di Galliate**.

■ Sempre a Galliate, sono in via di ultimazione gli interventi della nuova sede del reparto di **Oculistica**. Il trasferimento dall'attuale sede verso l'ospedale di Galliate consentirà infatti di destinare gli spazi precedentemente occupati per la nuova sede di Accettazione e Triage del DEA.

■ In fase di progettazione anche i nuovi spazi del **C.U.P. della sede ospedaliera**. Il progetto prevede la ristrutturazione dei locali 'ex cucina', con la predisposizione di locali destinati all'attività di prenotazione e di ricevimento dell'utenza.

■ Con il successivo trasferimento della sede del C.U.P. nei locali di progetto dell' 'ex cucina', si renderanno disponibili i locali siti al piano rialzato del padiglione B. La S.C. Tecnico Patrimoniale ha predisposto un progetto per la nuova sede della **degenza carceraria**.

■ La regione Piemonte, tramite l'organismo di controllo sulle opere pubbliche regionali (CROP), ha approvato gli interventi di ristrutturazione della **terapia intensiva neonatale** e delle **sale operatorie e sale parto di Ginecologia ed Ostetricia**. La S.C. Tecnico Patrimoniale ha recentemente redatto le richieste di dichiarazione di appaltabilità; si rimane in attesa della comunicazione della regione Piemonte di autorizzazione all'appalto.

■ Sono iniziati i lavori di sistemazione dei locali per la nuova stroke-unit sita al primo piano del padiglione A.

■ A seguito della firma del protocollo d'intesa, siglato l'8 aprile scorso, la S.C. Tecnico Patrimoniale sta predisponendo il bando di gara per l'affidamento dell'incarico di progettazione preliminare e definitiva del **nuovo ospedale di Novara e della nuova sede della facoltà di medicina e chirurgia dell'Università degli studi del Piemonte orientale "Amedeo Avogadro"**. Il bando sarà pubblicato presumibilmente entro il prossimo 31 luglio, ai sensi della vigente normativa.

POST ACUTE UNIT CARE Quali Ruoli? Quali Obiettivi?

L'ospedale rappresenta una struttura complessa e articolata ad alto impatto economico.

La politica sanitaria degli ultimi decenni ha identificato la sua funzione nella gestione dei pazienti acuti, introducendo il concetto di appropriatezza del ricovero in un'ottica di corretta allocazione delle risorse, delegando alle strutture sanitarie/assistenziali territoriali (RSA, ospedali di comunità) la gestione dei pazienti affetti da malattie croniche degenerative.

La crisi di risorse disponibili è stata favorita dal progressivo invecchiamento della popolazione e dall'aumento notevole della sopravvivenza del malato cronico con polipatologia con evidente incremento della domanda di ospedalizzazione a fronte di una politica di riduzione dei posti letto e di contrazione dei giorni di degenza.

L'ospedale d'altra parte è visto, nell'immaginario popolare italiano, come la sede appropriata per la gestione dei problemi di salute acuti o meno e anche di situazioni socio-ambientali e familiari di tipo non strettamente medico.

Questi fattori, unitamente alle croniche carenze strutturali territoriali, in termini di capacità di gestire malati cronici non sufficientemente stabili sotto il profilo clinico, ha prodotto non poche conseguenze negative.

Citiamo di seguito quelle che ci paiono più rilevanti:

- la necessità spesso inevitabile di effettuare dimissioni "precoci" e non "protette" dai reparti per "acuti" di pazienti anziani con comorbidità, clinicamente ancora instabili con il rischio altrettanto inevitabile di frequenti re-ospedalizzazioni;

- il frequente e ingiustificato prolungamento della degenza in reparti per acuti di pazienti, i quali, superata la fase clinica di acuzie, potrebbero essere gestiti in modo più appropriato e con minor consumo di risorse economiche, in unità operative a minor intensità di cure e di procedure diagnostiche, spesso ridondanti e a volte potenzialmente pericolose per il paziente medesimo.

Va sottolineato inoltre che la popolazione di pazienti afferente alle divisioni di medicina interna è costituita prevalentemente da pazienti anziani o molto anziani, affetti da multiple comorbidità, caratterizzati spesso da instabilità clini-



ca e quindi da variabilità, durante la degenza ospedaliera, delle condizioni cliniche e del loro grado di severità; è infine doveroso ricordare che non è irrilevante l'impatto che aspetti socio-ambientali, psicologici ed economici possono avere nel determinare la "complessità" clinica di tale tipologia di pazienti.

Muovendo da queste evidenze e considerazioni si è andata affermando negli ultimi anni, la proposta di un nuovo modello di organizzazione dell'assistenza ospedaliera; un modello che preveda la strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo l'intensità delle cure, la durata della degenza, caratterizzate da un approccio diagnostico e terapeutico olistico multidisciplinare superando gradualmente l'articolazione per reparti distinti per disciplina specialistica.

In particolare nell'ambito della medicina interna si è fatta strada l'opportunità di prevedere la costituzione, all'interno del dipartimento e/o delle divisioni di medicina interna, di unità operative e/o aree dedicate alla gestione della fase di post-acuzie.

Questa differenziazione di intensità nell'erogazione delle cure, modulata in relazione al diverso grado di acuzie del quadro clinico, consentirebbe da un lato una più corretta gestione clinica del paziente e dall'altro una migliore allocazione delle risorse sanitarie medesime, attraverso una maggiore appropriatezza dei ricoveri dei pazienti internistici.

In questa ottica si ritiene che la divisione di medicina del presidio di Galliate possa svolgere un ruolo rilevante nell'ambito di un necessario processo di riorganizzazione dell' "Area" internistica dell'AOU, consentendo una maggiore congruità dei ricoveri nei reparti per "acuti" e andando sempre più caratterizzandosi come "Post Acute Care Unit".

Maurizio Dugnani
S.C.D.O. Medicina Generale
e Lunodegenti

ALCOOL E LAVORO

La legge 30.3.2001 n. 125, applicando indicazioni della Comunità Europea, detta norme finalizzate alla prevenzione, alla cura ed al reinserimento sociale degli alcolodipendenti.

Per quanto riguarda specificamente il mondo del lavoro la legge vieta radicalmente di assumere e somministrare bevande alcoliche e superalcoliche in alcune attività lavorative.

Il divieto interessa quelle attività che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro, ovvero per l'incolumità o la salute di terzi.

L'elenco delle attività interessate al divieto è stato stilato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato e le regioni e le province autonome, con il provvedimento del 16 marzo 2006 (a cinque anni di distanza dalla legge).

L'elenco è piuttosto lungo ma, per quanto ci riguarda direttamente come Azienda, risultano incluse:

1. conduzione di generatori di vapore
2. mansioni sanitarie in qualità di medico preposto ad attività diagnostiche e terapeutiche, infermiere, operatore socio sanitario, ostetrica, capo sala e ferrista
3. vigilatrice di infanzia o infermiere pediatrico, mansioni sociali e sociosanitarie
4. addetti alla guida di veicoli stradali per i quali è richiesto il possesso della patente B, C, D, E.
5. addetti alla guida di macchine di movimentazione merci.

La nostra Azienda, in applicazione della legge, ha già vietato da tempo l'assunzione di bevande alcoliche nelle mense e negli spacci.

L'emanazione del provvedimento sopraccitato impone ora di procedere anche a verifiche sul rispetto del divieto da parte dei lavoratori.

A questo proposito il decreto legislativo 9.4.08 n. 81 (che sostituisce il D. Lgs 626/94) prescrive al medico competente di verificare, nel corso della sorveglianza sanitaria, l'assenza di condizioni di alcol dipendenza (articolo 41, comma 4).

Pertanto i medici competenti, nell'effettuazione degli accertamenti preventivi e periodici terranno conto anche di questo aspetto.

Rimane invece in capo al datore di lavoro la verifica del rispetto del divieto di assunzione.

Carlo Mantovani
S.C.D.O. Medicina del Lavoro

Come esponenti di Società scientifiche di settore, ci auguriamo che il nuovo Ministro della Salute affronti finalmente il principale motivo della scarsa attuazione del progetto "Ospedale senza dolore" in Italia: la cronica e ormai intollerabile criticità delle strutture, degli organici medici e delle risorse finalizzate all'algologia, requisiti senza i quali è francamente impossibile pensare di poter lavorare!

Se ci spostiamo dall'ambito nazionale a quello delle singole regioni, dobbiamo tener conto infine della grande disparità di risorse e di strutture dal punto di vista della distribuzione geografica: la nostra realtà vede centri di altissimo livello prestazionale e qualitativo alternarsi ad altri di segno opposto.

Partendo dalla considerazione che ogni cittadino ha diritto ad essere seguito e trattato adeguatamente nelle strutture del proprio territorio, si dovrebbe prevedere un'implementazione razionale basata sulla qualità e l'appropriatezza delle prestazioni: è quindi indispensabile che ogni regione preveda almeno una struttura di Algologia ed un numero di centri di I e II livello in base al bacino di utenza.

A seguito della razionalizzazione delle risorse e del riconoscimento dell'eccellenza si dovrebbe altresì individuare nelle sole strutture pubbliche la sede idonea per le tecniche interventistiche maggiori.

Nessuna disciplina medica ha dovuto superare tanti ostacoli e vincere tanti pregiudizi come la medicina del dolore: ancora oggi troppi algologi subiscono prospettive di lavoro non chiare, progetti di implementazione sempre rinviati, scarso riconoscimento delle proprie capacità professionali ed organizzative.

La domanda che spesso ci si pone è "vedremo mai la fine della strada?"

I tempi sono maturi per un piano di programmazione nazionale comprendente la preparazione universitaria di specialisti in Algologia, e per nuove frontiere di ricerca, basti pensare ad esempio alla neurofisiologia del dolore, che spazia dalla fisica alla filosofia, o all'interpretazione quantistica della modulazione mentale della percezione dolorifica.

E coloro che, allievi di ieri, sono riusciti a raggiungere importanti traguardi, hanno il diritto ed il dovere di formare i giovani specializzandi di oggi ai quali deve essere garantito un futuro di lavoro in un reparto di medicina del dolore.

Rossella Marzi
S.C.D.O. Terapia del Dolore

CENTRO DI CHIRURGIA ONCOLOGICA GINECOLOGICA AVANZATA

L'intervento chirurgico rappresenta l'orientamento di prima istanza nel trattamento dei tumori femminili.

L'approccio iniziale alle neoplasie oncologiche femminili è di assoluta importanza, infatti la qualità della prima chirurgia radicale è fondamentale per la stadiazione, la definizione istopatologica del tipo di neoplasia e l'identificazione di fattori di rischio strettamente connessi al tipo di tumore; inoltre l'atto chirurgico dovrebbe permettere il controllo della malattia e la definizione mirata del prosieguo delle cure adiuvanti.

La possibilità di offrire alle pazienti oncologiche di tutte le età un trattamento mirato, modellato ad hoc, sulla base dei principi fondamentali di cura del tipo di neoplasia, sui fattori di rischio e le patologie associate concomitanti, oltre ad età ed habitus proprio delle pazienti deve essere costantemente aggiornato e rispecchiare sempre le linee guida internazionali per la cura del cancro.

Pertanto l'approccio chirurgico, grazie alle conoscenze attuali e la disponibilità di strumentazioni e tecnologie innovative, ha potenzialità di cura definitive, soprattutto se la resezione della massa tumorale viene eseguita in modo completo. Tuttavia intervenire chirurgicamente sui tumori dell'ovaio, del corpo dell'utero, del collo dell'utero, della vulva è difficile. Sono necessari sia una competenza altamente specialistica che un'esperienza considerevole dell'equipe: richiede una ottima conoscenza di tutta la chirurgia generale, poiché a volte possono essere necessarie resezioni viscerali multiple (intestino, fegato, milza, vescica, ureteri, strutture vascolari) oltre alla possibilità di completare l'intervento ricostruendo organi fondamentali per mantenere funzioni vitali. Numerosi studi suggeriscono che le pazienti affette da neoplasie dell'apparato genitale trattate da ginecologi oncologi in centri di ricovero e cura specializzati ove si abbia a disposizione un costante aggiornamento teorico/pratico ed una equipe multidisciplinare hanno una migliore prognosi se confrontate a quelle pazienti trattate da ginecologi non oncologi.

Nonostante queste evidenze epidemiologiche, scientificamente provate, la maggior parte delle pazienti vengono ancora trattate in ospedali e centri che non presentano i requisiti minimi per garantire un idoneo e soddisfacente "ma-

nagement" di queste neoplasie.

Purtroppo, spesso per il tipo di training e la formazione ricevuta nelle diverse scuole di specializzazione in Italia associata alla difficoltà ad organizzare un gruppo multidisciplinare, oltre ad una limitata conoscenza specifica in ambito chirurgico oncologico ginecologico si condiziona in modo prognosticamente negativo l'iter terapeutico di questo delicato gruppo di pazienti.

Inoltre la chirurgia delle metastasi e la possibilità di aggredire i tumori femminili al momento della recidiva dopo plurimi trattamenti effettuati con intento curativo, necessita di un determinato e costante impegno multidisciplinare.

L'intervento a più mani, come una sinfonia musicale si compone di tempistiche e precise manovre chirurgiche superspecialistiche; perciò il chirurgo ginecologo oncologo deve coordinare un team affiatato che spesso comprende chirurghi di altre specialità: plastica, chirurgia generale, chirurgia urologica e altri specialisti in ambito oncologico.

L'AOU di Novara dispone della IORT, apparecchiatura innovativa ed appannaggio di soli altri tre centri nel Nord Italia che consente di implementare l'atto chirurgico con irradiazioni interne durante lo stesso intervento ginecologico.

La creazione del Centro di chirurgia oncologica ginecologica avanzata, come fisiologica gemmazione dalla S.C.D.U. Ostetricia Ginecologia dell'azienda Universitario-Ospedaliera Maggiore di Novara, ha messo a disposizione delle pazienti un forte gruppo di specialisti del settore oncologico afferenti alla Clinica Ginecologica dalle diverse discipline.

Inoltre, l'istituzione del polo oncologico ha consentito una buona integrazione tra la terapia chirurgica e i trattamenti farmacologici e radioterapici adiuvanti per le pazienti affette da neoplasia.

L'individuazione nella S.C.D.U. Ostetricia Ginecologia dell'unico Centro di chirurgia oncologica ginecologica avanzata della regione Piemonte permette alle pazienti un trattamento chirurgico oncologico con competenze multidisciplinari, e, congiuntamente, di essere completato in seguito da più modalità terapeutiche che si susseguono nel programma di cura (chemioterapia, radioterapia); da qui il suggerimento per le pazienti oncologiche di rivolgersi ad un centro di cura e ricerca specializzato nella terapia dei tumori ginecologici.

Nicola Surico
Dipartimento per la Salute
della Donna e del Bambino.

fatti e notizie

IL TESTO UNICO SULLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO Colpo d'occhio su struttura e novità

È stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 30 aprile 2008 n°101 il **Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n° 81** sulla tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Questa norma, che va ad abrogare il D.Lgs. 626 del 1994, rappresenta il nuovo Testo Unico della materia e si compone di 13 Titoli e relativi allegati.

La logica che ha ispirato il legislatore è stata quella del **riordino delle precedenti norme e dell'aumento degli interventi coordinamento, assieme alla razionalizzazione del sistema sanzionatorio.**

L'impostazione normativa del testo unico è infatti quella dell'approccio sistemico, ovvero basata su una logica metodologica che considera tutti i diversi fattori - attrezzature, macchine e impianti, uomo ed organizzazione del lavoro - come interagenti fra loro.

Il **Titolo I** contiene le **disposizioni generali**, a partire dalle definizioni e dal campo di applicazione (Capo I).

Le principali novità riguardano l'ampliamento del campo di applicazione della normativa di salute e sicurezza sul lavoro, il sistema istituzionale e la rappresentanza nei luoghi di lavoro.

Cambia la definizione di lavoratore, il quale è definito come la "persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche solo al fine di apprendere un mestiere, un'arte o una professione, esclusi gli addetti ai servizi domestici e familiari". Rientrano nella definizione di lavoratori equiparati anche i volontari.

Il legislatore, in sostanza, prende atto della riforma del mercato del lavoro, garantendo a tutte le forme di lavoratori la stessa tutela.

Vengono inoltre chiarite le definizioni di datore di lavoro e di dirigente, ma soprattutto viene data la definizione di preposto (assente nel precedente D.Lgs. 626/94) come la "persona che, in ragione delle competenze professionali e nei limiti di poteri gerarchi-

ci e funzionali adeguati alla natura dell'incarico conferitogli, sovrintende all'attività lavorativa e garantisce l'attuazione delle direttive ricevute, controllandone la corretta esecuzione da parte dei lavoratori ed esercitando un funzionale potere di iniziativa".

Il capo II del Titolo I è dedicato alla **creazione di un sistema istituzionale** che vede la creazione presso il Ministero del Comitato per l'indirizzo e la valutazione delle politiche attive e per il coordinamento nazionale delle attività di vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro e della Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro. Presso le Regioni è prevista l'attivazione di Comitati regionali di coordinamento.

Inoltre viene istituito un Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione (SINP) nei luoghi di lavoro, la cui gestione informatica e tecnica è affidata all'INAIL.

Il capo III chiarisce **compiti e responsabilità dei soggetti obbligati** ed in particolare ribadisce quali non delegabili ed in capo al datore di lavoro i compiti di valutazione dei rischi e nomina del RSPP.

L'art. 18 elenca gli ulteriori obblighi del datore del lavoro e dei dirigenti, mentre l'art. 19 prevede gli obblighi gravanti sul preposto.

All'art. 20 vengono confermati ed ampliati gli obblighi dei lavoratori già previsti dal D.Lgs. 626/94.

Vengono inoltre date all'art. 21 anche nuove disposizioni relative ai componenti dell'impresa familiare e ai lavoratori autonomi.

Relativamente alla valutazione dei rischi, si impone al datore di lavoro di considerare tutti i rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori, compresi quelli collegati allo stress da lavoro, alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri paesi.

I Titoli successivi al I costituiscono i cosiddetti "Titoli speciali" ovvero dedicati all'attuazione di direttive particolari.

Numerosi sono in tali Titoli i richiami a successive disposizioni di legge che dovranno essere emanate per regolare aspetti particolari.

Il Titolo II riguarda i **luoghi di lavoro** e riunisce le disposizioni dei precedenti D.Lgs. 626/94 e DPR 547/55 e 303/56.

Il Titolo III disciplina l'**uso delle attrezzature di lavoro**, dei DPI, di impianti ed apparecchiature elettriche.

Il Titolo IV reca misure per i **cantieri temporanei e mobili** (in precedenza trattati dal D.Lgs. 494/96).

Il Titolo V recepisce le disposizioni del D.Lgs. 493/96 concernente la prescrizione minime per la segnaletica di sicurezza.

I restanti Titoli fino all'XI, affrontano tutte le **misure per assicurare la sicurezza in presenza di determinate condizioni di lavoro**: la movimentazione manuale dei carichi, le attrezzature munite di videoterminali, le sostanze pericolose, gli agenti biologici, le atmosfere esplosive.

Il decreto reca poi una totale rivisitazione dell'apparato sanzionatorio, al fine di garantire la rimodulazione degli obblighi dei vari soggetti sulla base del cosiddetto "principio di effettività" dei compiti rispettivamente propri.

Viene infine confermata l'applicabilità della procedura prevista dal D.Lgs. 758/94 ai casi puniti con la pena alternativa dell'arresto o dell'ammenda e viene individuata una nuova procedura che il giudice deve seguire per le contravvenzioni che prevedono la pena del solo arresto.

La S.C. Prevenzione e Protezione aziendale sta organizzando, per la seconda metà dell'anno, specifici corsi di formazione per dirigenti e preposti sulle novità normative introdotte dal D.Lgs. 81/08, con particolare riguardo ai nuovi obblighi introdotti a carico di tali figure.

Il testo del decreto è consultabile sul sito internet aziendale, in allegato alla presente edizione di Maggiore Informazione.

Teresa Marchetti
S.C. Prevenzione e protezione



SERVIZIO DI DISTRIBUZIONE DIRETTA

Presso la S.C.D.O. Farmacia è stato istituito il servizio di Distribuzione Diretta.

Si tratta di un'attività svolta dalle strutture sanitarie farmaceutiche, ASL e ASO, in applicazione della Legge 405/2001. La legge nasce da un lato per ripianare la spesa farmaceutica e consentire alle regioni maggiore autonomia nell'organizzazione dell'assistenza farmaceutica, dall'altro **per garantire la continuità assistenziale terapeutica tra ospedale e territorio**. I farmaci che vengono distribuiti sono quelli inseriti nel Prontuario ospedale territorio (PH-T)⁽¹⁾ appartenenti al Prontuario della distribuzione diretta, prescritti dai centri specialistici autorizzati dalla regione⁽²⁾ o quelli prescritti al paziente in dimissione.

Da parte della S.C. Farmacia di Novara le **indicazioni per le quali è prevista l'erogazione diretta al paziente, in accordo con il Servizio Farmaceutico dell'ASL di Novara, sono:**

- **profiliassi trombotici venosa profonda (TVP)** in intervento di chirurgia ortopedica maggiore (anca e ginocchio)
- **anemie gravi** da insufficienza renale cronica (IRC) o da malattie neoplastiche
- **infertilità di coppia**
- **trapianto d'organo**
- **psicosi grave**: pazienti seguiti da servizi psichiatrici e di igiene mentale
- **sindrome da iperattività e deficit di attenzione**
- **malattie del motoneurone** (sclerosi laterale amiotrofica)
- **dimissione dal Day Surgery o dal ricovero per alcuni interventi del reparto di Chirurgia Vascolare**
- **dimissione dalla degenza o dalla visita ambulatoriale.**

Per motivi organizzativi la consegna di alcune tipologie di farmaci, quali ad esempio gli antipsicotici, i farmaci per l'infertilità e quelli per il primo ciclo terapeutico, viene effettuata direttamente dal reparto all'atto della dimissione dal ricovero o dalla visita ambulatoriale, con consegna della terapia direttamente al paziente. Per poter usufruire di questo servizio i pazienti, in carico per terapie croniche, devono presentarsi presso la Farmacia ospedaliera muniti del tesserino sanitario e con il piano terapeutico⁽³⁾ emesso dal reparto ospedaliero; la documentazione deve essere compilata ad opera del medico specialista e deve riportare una serie di dati fondamentali come: nome e cognome, codice fiscale e indirizzo del paziente, nome del medi-

co di famiglia, diagnosi della malattia, ed eventuale nota AIFA, principio attivo del farmaco prescritto, dosaggio, modalità e tempi di assunzione, durata prevista della terapia.

I pazienti in dimissione da ricovero devono invece presentarsi con la lettera di dimissioni e/o referto ambulatoriale, sul quale devono sempre essere indicati i dati fondamentali sopra riportati per i piani terapeutici, con particolare attenzione alla prescrizione dei farmaci per principio attivo.

I farmaci erogabili in dimissione, dalla S.C. Farmacia, sono quelli di fascia A cioè rimborsabili dal SSN, del PTO (Prontuario Terapeutico Ospedaliero) in quantità sufficienti da coprire il primo ciclo di cura, per un periodo non superiore a sette giorni di terapia, ovvero una confezione, ove non monodose.

La dispensazione dei consigli sull'uso corretto dei farmaci è uno dei doveri sottolineati dal nuovo codice deontologico del farmacista che è chiamato a "fornire al paziente le informazioni e i chiarimenti opportuni circa: conservazione, contenuto, attività terapeutica, posologia, modalità e tempi di somministrazione, controindicazioni, effetti collaterali e incompatibilità di qualunque natura dei medicinali dispensati. Deve anche fornire consigli e indicazioni igieniche, sanitarie e alimentari, a completamento e sostegno dell'evoluzione e della appropriatezza della terapia, mirando al recupero e al mantenimento dello stato di salute" (articolo 5, comma 1, Codice Deontologico del farmacista).

Per poter valutare l'efficacia di questo progetto, istituire un dialogo con i

ESEMPIO DI "SCHEDE DI INFORMAZIONE SUL FARMACO", ARANESP®.

Ciò che contraddistingue il settore di distribuzione diretta rispetto alle altre aree di attività, presenti all'interno della Farmacia ospedaliera, è il **contatto con il paziente.**

Il servizio è attualmente erogato da una farmacia specializzata, titolare di una borsa di studio regionale sulla farmacovigilanza.

In questo contesto, pertanto, il servizio non si limita alla sola consegna dei farmaci ma è stato organizzato in modo tale da consegnare al paziente la terapia completa con una "Scheda di informazione sul farmaco", al fine di favorire la conoscenza delle caratteristiche peculiari del medicinale, delle modalità d'uso, degli effetti collaterali più comuni e di quelli più gravi che necessitano di essere segnalati, nonché le interazioni con i farmaci e i prodotti erboristici.

Le schede sono state realizzate all'interno della Farmacia ospedaliera, basandosi su diverse fonti di informazione sul farmaco ed avendo cura di utilizzare un linguaggio comprensibile e non esclusivamente tecnico, in modo tale da poter fornire un supporto semplice ed essenziale.

pazienti e rilevare in modo sistematico la loro opinione, sono stati redatti dei questionari per la valutazione delle schede di informazione sul farmaco.

Si tratta di questionari anonimi nei quali viene chiesto al compilatore-paziente, oltre al grado di soddisfazione, di inserire eventuali consigli e commenti liberi per poter annotare anche le più piccole esigenze.

I questionari sono periodicamente elaborati dal farmacista referente e le considerazioni che ne emergono vengono utilizzate per migliorare il servizio offerto.

(1) Con PH-T si intende: Prontuario della distribuzione diretta per la presa a carico e la continuità assistenziale H-T (Ospedale-Territorio), rappresenta la "lista" dei farmaci per i quali sussistono le condizioni di impiego clinico e di setting assistenziale compatibili con la distribuzione diretta, variabili da Regione a Regione, a seconda dell'assetto normativo e delle scelte organizzative di ciascuna Azienda Ospedaliera (ex Allegato 2 del D.M. 22.12.2000 e accordo Regionale con le farmacie per la distribuzione dei farmaci a duplice via, <http://www.regione.piemonte.it/sanita/farmaci/accordo.htm>)

(2) (http://www.regione.piemonte.it/sanita/farmaci/dwd/centri_4.xls)

(3) I Piani Terapeutici si possono trovare on-line presso la modulistica della S.C. Farmacia con il seguente percorso: "Risorse del Computer" - "Tutto ospedale su..."

(X) - "Modulistica" - "Modulistica Farmacia"

Federica Pieri
S.C.D.O. Farmacia