

SUPERFICIALITÀ VS SICUREZZA: PARTITA DA VINCERE IN TRASFERTA

Prendere con **superficialità** norme, regolamenti, prescrizioni rappresenta per l'uomo medio un modo (improprio) di farsi valere: seguire le indicazioni spesso viene interpretato come porre delle limitazioni alla propria libertà ed autonomia (a meno che le limitazioni siano state imposte da noi stessi).

Norme, regolamenti, protocolli, tendono così ad essere considerati un impaccio e nella migliore delle ipotesi come se fossero solo "facoltativi".

Anche i lavoratori spesso considerano con tale superficialità le norme antinfortunistiche: la cintura di sicurezza nei lavori in quota, i dispositivi di protezione individuale in genere, alcune procedure indispensabili, possono essere ignorate perché considerate un disturbo, un intralcio, od ancor peggio perché ci si sente superiori a queste cose.

L'assuefazione al rischio è infatti un nemico mortale della sicurezza.

"Sono anni che faccio così, e non è mai successo nulla..." - come se non bastasse una sola volta per fasi del male!

In casa o sul lavoro, in strada o in reparto, è utile ricordare che quando si afferma che "bisogna fare presto" e che le norme rallentano i tempi, o che si è fatto così e mai nulla è accaduto, si stanno in realtà mettendo in atto tentativi di difesa del proprio operato inutili e quel che è peggio pericolosi.

Lo sanno bene i lavoratori che hanno avuto esperienze negative in tal senso. Tutti possiamo dare un contributo per vincere la partita.

Teresa Marchetti

S.C. Prevenzione e protezione

A Pneumologia tecniche all'avanguardia per le patologie polmonari

NAVIGAZIONE ENDOBRONCHIALE

Da qualche anno nei centri d'avanguardia per la diagnosi precoce del tumore ed in generale per la caratterizzazione delle lesioni periferiche polmonari è stata introdotta la navigazione **navigazione endobronchiale elettromagnetica**, uno strumento diagnostico di localizzazione delle immagini che utilizza un sistema simile al navigatore satellitare in uso sulle autovetture per individuare e "marcare" anche le più piccole lesioni polmonari periferiche di 7 - 10 mm, in modo da poterle raggiungere con assoluta certezza e precisione, a tutto vantaggio del paziente.

La navigazione endobronchiale permette di superare i limiti della broncoscopia convenzionale e di fatto fornisce un'alternativa alle manovre diagnostiche più invasive, risparmiando interventi chirurgici inutili a pazienti portatori di patologia benigna (tubercolosi, istoplasmosi, sarcoidosi).

Questa innovativa apparecchiatura è ora in dotazione anche presso la struttura di pneumologia dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Novara, e permette di offrire ai pazienti affetti da patologia polmonare localizzata periferica (benigna e maligna), una diagnostica più fine e precisa, a bassa aggressività, ripetibile, effettuabile in anestesia locale, e con risultati certi al 90-95%.

La disponibilità del nuovo presidio diagnostico rappresenta per l'Azienda ospedaliero universitaria di Novara un'importante attrattiva non solo di quadrante, ma anche regionale ed extraregionale: l'attivazione di questa tecnica, già abbastanza diffusa all'estero (ad es. in Germania sono operativi 28 centri), ci colloca infatti, al momento, come **primi a livello nazionale**.

Marco Ronco

S.C.D.O. Pneumologia

NOTIZIE IN BREVE

■ Alla dottoressa **EGLE VALLE** è stato conferito l'incarico quinquennale di direzione della struttura complessa **Centrale operativa 118**.



■ Alla fine del mese di ottobre il dottor **GIOVANNI TEODORI** lascia l'incarico di direzione della S.C.D.O. Cardiologia.

■ Martedì 4 novembre nell'aula magna dell'Azienda avrà luogo la celebrazione dell'anniversario del **DECENNALE DEL PRIMO TRAPIANTO DI RENI** eseguito presso l'ospedale Maggiore di Novara.



Atto aziendale **il punto su 2-3** ■ Chirurgia

bariatrica **fatti e notizie 4-8** ■ Progetto

Virgilio ■ Congressi otorinolaringoiatria

■ Giorni di assenza dei dipendenti ■

Attività del SIMT ■ Nuovo ospedale:

progetti e commissione ■ Lavori in corso

■ Superficialità VS sicurezza ■ Navigazione

endobronchiale **notizie in breve 8**

summary



REGIONE
PIEMONTE

Periodico d'informazione per i dipendenti dell'azienda ospedaliero-universitaria Maggiore della Carità di Novara - ANNO 2 - NUMERO 11 - OTTOBRE 2008

APPROVATE LE MODIFICHE ALL'ATTO AZIENDALE il Maggiore sempre più punto di riferimento del Piemonte orientale

Sette nuove strutture complesse, una completa riorganizzazione dei dipartimenti e un investimento in una espansione quantitativa, ma soprattutto qualitativa, del servizio fornito all'utenza, nel solco della consolidata tradizione di eccellenza del nostro ospedale. **Il tutto con un occhio alla nuova Città della Salute.**

Sono queste le linee generali contenute nelle modifiche all'Atto aziendale del Maggiore, recentemente approvate dalla Regione Piemonte.

AUMENTA LA QUALITÀ DEL SERVIZIO OFFERTO

«Modifiche - spiega il direttore generale Claudio Macchi - fatte nell'ottica di rendere sempre di più la nostra azienda polo ospedaliero di riferimento per l'intero Piemonte Orientale». Questo in un quadro di **forte integrazione con le altre realtà sanitarie del territorio**, secondo una logica di lavoro di rete, al centro della quale si trova proprio il Maggiore.

Il nostro ospedale svolgerà un ruolo primario di coordinamento in diversi settori, come la Fisica Sanitaria, la Radioterapia, la Pediatria (per il trasporto neonatale), la Medicina Nucleare, la Prevenzione secondaria dei tumori, l'Emodinamica, la Chirurgia Toracica, la Scienza dell'Alimentazione e Dietetica, l'Immunotrasfusionale, l'Allergologia e il Laboratorio di analisi. Stretta collaborazione anche con l'Asl No per quanto riguarda il Dipartimento di salute mentale Sud e la Riabilitazione.

UNA SCOMMESSA SU NOVARA

Una vera e propria scommessa su Novara, dunque, raccolta anche dalla

Regione. «Siamo pienamente soddisfatti - spiega il direttore - La Regione ha accolto quasi la totalità degli obiettivi che gli abbiamo proposto, appoggiando il nostro progetto di crescita e di investimenti». Investimenti che avranno anche delle significative ricadute occupazionali, con oltre un centinaio di nuove assunzioni «dato non secondario - prosegue Macchi - in un contesto economico difficile come quello che il Paese e il Novarese sta attraversando in questo momento».

ECCO IL NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO

Ma come, nel concreto, cambierà l'organizzazione interna dell'Azienda? Innanzitutto con una sostanziale **ridefinizione del quadro dei dipartimenti, che da 17 passeranno a 12**.

L'idea di fondo è quella di creare strutture "forti", in grado di gestire con autorevolezza le risorse e di organizzare il lavoro nei settori che loro competono. «Per questo - spiega Macchi - abbiamo pensato di mettere ai loro vertici non una singola figura, ma una vera e propria squadra dirigenziale, formata da quattro persone: insieme al direttore dipartimentale ci sarà un vice, un responsabile infermieristico e uno amministrativo».

I nuovi dipartimenti saranno: il Dipartimento Amministrativo, il Dipartimento Tecnico Logistico, il Dipartimento Medico, il Dipartimento Chirurgico, il Dipartimento per la Salute della Donna e del Bambino, il Dipartimento Emergenza e Urgenza, il Dipartimento Cardiologico, il Dipartimento Oncologico, il Di-

segue 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 • **HA COLLABORATO:** Andrea Gilardoni • **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. 0321.37333640, fax 0321.3733708, e-mail: ufficiostampa@maggioreosp.novara.it.

continua da pag. 1

partimento Testa-Collo, il Dipartimento Laboratori, il Dipartimento Immagini, il Dipartimento Servizi.

Altro elemento importante saranno le sette nuove Strutture Complesse: la **Direzione Sanitaria Presidio, Neuroradiologia, Patologia Neonatale, Ortopedia Pediatrica, Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza, il Sitra** (il nuovo Servizio infermieristico tecnico riabilitativo assistenziale) e **Ricerca e Innovazione**.

Proprio gli ultimi due rappresentano le novità più interessanti. «Il Sitra - spiega Macchi - è una struttura pensata per

valorizzare il ruolo infermieristico, che ormai non è più quello tradizionale, ma, anche in virtù del percorso formativo che i nuovi infermieri devono seguire, sta sempre di più ampliando le proprie competenze».

NUMEROSE LE NOVITÀ ORGANIZZATIVE: SETTE NUOVE STRUTTURE COMPLESSE E DIPARTIMENTI RIDOTTI A DODICI

Mentre la Sc Ricerca Innovazione rappresenta

un esempio concreto della filosofia che sta alla base delle modifiche all'Atto. «Crediamo fortemente che l'aspetto di ricerca, che si concretizza nella collaborazione con l'Università, possa esse-

re un valore aggiunto per la qualità del servizio offerto all'utenza. E questo soprattutto in vista della nuova Cittadella della Salute».

NOVITÀ E CAMBIAMENTI CHE GUARDANO AL FUTURO NELL'OTTICA DELLA NUOVA CITTÀ DELLA SALUTE

LO SGUARDO AL NUOVO OSPEDALE

Sì, perché le modifiche all'Atto guardano proprio al futuro. «Tutte le novità che abbiamo apprestato - conclude il direttore generale - sono in vista della nuova struttura».

Insomma, un modello organizzativo pensato per essere funzionale già da oggi, ma sicuramente disegnato per delineare la fisionomia dell'ospedale che verrà.

continua da pag. 2

sunzione di farmaci e integratori con i conseguenti costi e sui possibili insuccessi se le regole concordate non vengono seguite; inoltre occorre informare il paziente sulla necessità di un supporto psicologico anche a lungo termine e sulla possibilità di successivi interventi di chirurgia plastica ricostruttiva.

I criteri di selezione possono così essere riassunti:

- età fra i 18 e i 60 anni,
- BMI > 40 o > 35 ma con comorbidità associate (diabete mellito di tipo 2, apnee ostruttive del sonno, cardiomiopatie, patologie neurologiche o muscoloscheletriche) che possono giovare del calo ponderale,
- dimostrato fallimento di trattamenti precedenti integrati,
- dimostrata compliance ai controlli medici,
- piena comprensione e accettazione dei benefici, dei rischi e degli effetti collaterali e della necessità di seguire norme comportamentali e dietetiche e di aderire al follow-up a lungo termine,
- stabilità psicologica,
- assenza di controindicazioni: patologie psichiatriche non stabilizzate, abuso di alcool o dipendenza da sostanze, patologie organiche gravi.

La chirurgia bariatrica non è una chirurgia estetica ma si propone come uno strumento che consente di perdere peso e mantenere il calo ponderale a lungo termine, migliorando le condizioni di salute e la qualità di vita e allungando l'aspettativa di vita.

Una volta posta l'indicazione alla chirurgia bariatrica occorre scegliere la tipologia di intervento chirurgico.

L'intervento chirurgico ideale dovrebbe avere le seguenti caratteristiche: semplice esecuzione tecnica, sicuro e il meno invasivo possibile, assenza di effetti collaterali significativi e di complicanze, garanzia di un soddisfacente calo ponderale e del mantenimento nel tempo del peso raggiunto, buona qualità di vita, applicabilità a tutti i pazienti, semplicità del follow-up.

Gli interventi di chirurgia bariatrica oggi eseguiti sono riconducibili a due categorie:

- procedure che agiscono limitando la quantità di cibo introdotto senza modificare i processi di digestione e assorbimento (interventi restrittivi): bendaggio gastrico regolabile; ga-

stroplastica verticale, "sleeve gastrectomy".

■ procedure che agiscono limitando l'assorbimento dei nutrienti e comportano una riduzione della superficie assorbente intestinale oltre a quella della capacità gastrica: interventi primariamente malassorbitivi (diversione biliopancreatica), interventi misti malassorbitivi/restrittivi (diversione biliopancreatica con switch duodenale, bypass gastrico).

In linea generale **gli interventi restrittivi** implicano la formazione di una piccola tasca gastrica in modo da diminuire il volume dello stomaco limitando la quantità di cibo assunto ad ogni pasto; si ottiene inoltre un rallentamento dello svuotamento gastrico responsabile del senso di sazietà prolungato riferito dai pazienti. Le procedure restrittive sono raramente associate a complicanze metaboliche ma sono meno efficaci sul calo ponderale delle procedure malassorbitive.

Le procedure malassorbitive consistono nel riarrangiamento anatomico del piccolo intestino creando dei "bypass" che escludendo parte di questo al transito alimentare riducono la superficie assorbente. Ne consegue una sindrome da malassorbimento di molti nutrienti con un bilancio calorico negativo: il calo ponderale è più importante ma sono maggiori le complicanze metaboliche e nutrizionali (malnutrizione proteica, deficit di elettroliti, minerali e vitamine).

Infine anche se non si tratta di un vero intervento chirurgico un'ulteriore opzione è rappresentata da una tecnica di tipo funzionale non invasiva rappresentata dal **posizionamento del palloncino intragastrico**.

Quale intervento chirurgico per quale paziente? Al momento non ci sono dati sufficienti per rispondere con chiarezza al quesito: nella scelta dell'intervento chirurgico occorre infatti tenere conto di diversi fattori quali il grado di obesità, la presenza delle patologie associate, il comportamento alimentare abituale o l'eventuale presenza di disturbi del comportamento alimentare, il livello culturale e socio-economico del paziente, le aspettative e gli obiettivi del paziente, le preferenze del team chirurgico.

In ogni caso la letteratura conferma che la chirurgia bariatrica è oggi lo

strumento terapeutico più efficace non solo nel raggiungimento e nel mantenimento del calo ponderale a lungo termine ma anche nel miglioramento e in molti casi anche della risoluzione delle patologie associate all'obesità (in particolare diabete mellito tipo 2, ipertensione arteriosa, dislipidemie, apnee ostruttive del sonno) tanto da poter affermare con Buchwald che oggi "non possiamo permetterci di NON trattare la grave obesità con la chirurgia bariatrica".

Anche presso l'Azienda ospedaliero universitaria di Novara si è costituito il gruppo interdisciplinare per la grande obesità e la chirurgia bariatrica che vede impegnati lo staff della S.C.D.O. Dietetica e Nutrizione Clinica e della S.C.D.O. struttura Chirurgia Generale e d'Urgenza con la collaborazione delle strutture specialistiche di Gastroenterologia, Psicologia Clinica e Psichiatria, in una attività che, iniziata nel 2003, è oggi diventata punto di riferimento per l'intero Piemonte Orientale.

Questa struttura multidisciplinare che coinvolge anche ulteriori specialisti come cardiologi, pneumologi e chirurghi plastici, permette di seguire i pazienti durante tutto il percorso diagnostico, terapeutico e soprattutto di follow-up. Il paziente infatti non viene abbandonato dopo l'intervento ma tramite l'apposito ambulatorio della grande obesità e di chirurgia bariatrica presente da oltre 2 anni presso la struttura di Dietetica e Nutrizione Clinica, viene seguito in tutte le problematiche organiche e psicologiche conseguenti all'intervento chirurgico.

IN AZIENDA UN GRUPPO INTERDISCIPLINARE CON L'APPORTO DEGLI SPECIALISTI COINVOLTI NELLA TERAPIA DELL'OBESITÀ

Con questa attività l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Novara vuole accreditarsi come centro di riferimento per la terapia della grande obesità in un'area, quella del Piemonte Orientale e della limitrofa Lombardia, attualmente prive di strutture multidisciplinari di tale livello.

**Mauro Brugnani
Federico D'Andrea
Silvia Passera**

SCDO Dietetica e Nutrizione Clinica

Amedeo Alonzo

SCDO Chirurgia Generale e d'Urgenza

Giuliana Ziliotto

SSvO Psicologia Clinica

il punto su il punto su

LA CHIRURGIA BARIATRICA: UN'IMPORTANTE OPZIONE TERAPEUTICA NELLA GRANDE OBESITÀ

Sovrappeso e obesità sono presenti con percentuali sempre più allarmanti nei Paesi occidentali, coinvolgendo strati sempre più estesi della popolazione; il fenomeno obesità si va inoltre diffondendo anche nei paesi in via di sviluppo tanto che l'Organizzazione Mondiale della Sanità descrive questo fenomeno come una "epidemia" ricorrendo al termine di "globesità".

Il criterio oggi accettato per individuare il livello di eccesso ponderale si basa sul calcolo dell'indice di massa corporea (IMC o BMI: Body Mass Index: peso in Kg/altezza in m²), distinguendo così il normopeso (BMI=18.5-24.9), il sovrappeso (BMI=25-29.9), l'obesità di I grado (BMI=30-34.9), di II grado (BMI=35-39.9) e di III grado (BMI>40).

In Italia più del 33 % della popolazione è in sovrappeso e quasi il 10 % è obeso; circa l'1 % è affetto dai gradi più elevati di obesità (BMI>40).

L'aumento del BMI si correla in modo esponenziale con l'incremento della morbilità/mortalità per patologie associate, in particolare a carico del sistema cardiovascolare e degli apparati respiratorio e osteoarticolare, e per patologie neoplastiche e dismetaboliche (diabete mellito di tipo 2) e si accompagna anche ad un sensibile peggioramento della qualità di vita.

L'obesità deve essere quindi considerata una patologia cronica, di elevata prevalenza e rilevanza sociale, accom-

pagnata da un aumento del rischio di morbilità e mortalità, sempre più preoccupante perché coinvolge anche fasce di età infantile e adolescenziale ma di difficile trattamento.

Numerosi studi hanno ormai dimostrato che le strategie terapeutiche disponibili (dieta ipocalorica ed educazione alimentare, attività fisica, supporto psicologico e terapia cognitivo-comportamentale, farmacoterapia) possono consentire la perdita del peso corporeo ma falliscono nel trattamento a lungo termine soprattutto nell'obesità grave.

Queste premesse spiegano il crescente interesse verso l'approccio chirurgico alla terapia dell'obesità e il progressivo successo della chirurgia bariatrica; anche se i primi interventi di chirurgia bariatrica furono proposti fin dagli anni '50 del XX secolo, è solo dagli anni '70 che si è diffuso il ricorso all'approccio chirurgico dell'obesità grazie al miglioramento delle tecniche chirurgiche e, negli anni più recenti, al diffondersi della chirurgia laparoscopica.

L'opzione chirurgica è peraltro riservata a pazienti ben informati, motivati e con rischio operatorio accettabile, disponibili per il follow-up postoperatorio a lungo termine, in grado di comprendere le potenziali complicanze che si possono verificare dopo l'intervento.

Lo screening dei pazienti da avviare alla chirurgia bariatrica rappresenta pertanto un momento fondamentale

e richiede una valutazione personalizzata del rapporto rischio/beneficio da parte di un team multidisciplinare (dietologo e dietista, psicologo e psichiatra, chirurgo, cardiologo, endocrinologo, pneumologo, anestesista).

I criteri di selezione sono stati indicati dalla Consensus Conference del National Institute of Health (NIH) degli Stati Uniti d'America tenutasi nel 1991 e successivamente rivisti ed integrati da altre società scientifiche.

Il corretto screening dei pazienti è sicuramente un punto critico: i pazienti sono spesso fortemente motivati all'intervento in quanto ritengono che sia in grado di risolvere il loro problema, sottovalutando la necessità imprescindibile di sottoporsi ad un cambiamento dello stile di vita: è necessario che il paziente e i suoi familiari accettino le condizioni e le limitazioni imposte dall'intervento.

Il paziente deve pertanto essere ben informato non solo sulle diverse opzioni chirurgiche disponibili e sui reali e possibili risultati conseguibili in termini di calo ponderale ma anche sui possibili effetti collaterali, sulla necessità di modificare in modo permanente abitudini alimentari e stile di vita, di aderire ad un monitoraggio a lungo termine che comporta l'esecuzione di esami ematochimici e strumentali periodici e l'as-

segue a pag. 3

fatti e notizie

VIRGILIO, UN PIANO DI SVILUPPO ORGANIZZATIVO avviato un progetto di formazione per i coordinatori sanitari

Nell'ambito della pianificazione delle attività del triennio 2008-2010, si è ritenuto di confermare l'attenzione verso i ruoli gestionali intermedi, proseguendo il cammino intrapreso l'anno scorso ed in coerenza con l'evoluzione degli assetti organizzativi aziendali. Si è quindi proposta alla Regione, che lo ha finanziato in modo quasi completo, l'attivazione di un importante e articolato percorso formativo, "Virgilio: progetto 2008-2009 per lo sviluppo delle capacità di conduzione dei coordinatori sanitari".

Attraverso tale percorso si prefiggono i seguenti obiettivi: **valorizzare** l'esperienza formativa 2007-08, facilitando e accompagnando l'applicazione dell'apprendimento nella realtà quotidiana, con metodologie e setting che favoriscano il monitoraggio dei cambiamenti operati da ciascun caposala (CPSE); **migliorare** le capacità di gestione e intervento sulle risorse umane a livello sia individuale sia di gruppo; **sviluppare** un atteggiamento "collettivo" che aiuti l'infermiere (CS) a considerare i suoi colleghi come risorsa con

cui confrontarsi per la risoluzione dei problemi, la condivisione di situazioni, il sostegno reciproco; **aiutare** il CS ad aumentare le proprie capacità di cura di sé e degli altri in particolare modo di collaboratori e utenti del reparto, rafforzando la fiducia del CPSE di operare anche in condizioni di conflitto e di orientare i propri collaboratori motivandoli al miglioramento continuo; **introdurre** in Azienda una modalità e uno stile di coaching, sia di gruppo sia individuale, che favorisca la diffusione dell'aiuto e sostegno reciproco come valore fondamentale per un coordinatore che opera in un'organizzazione di cura/servizio; **proporre** il ruolo dell'OSRU (in sinergia del costruendo settore specifico del SITRA) quale servizio interno di supporto allo sviluppo professionale e personale di sé stesso e dei propri collaboratori, verso coloro che lo richiedono, ne percepiscono la necessità per risolvere problemi, intraprendere iniziative e per accompagnare il cambiamento.

I principali contenuti formativi di tale progetto riguarderanno: **ruolo di**

capo: funzioni, attese, leve d'intervento; leadership per il cambiamento; **capo come coach:** supporto e sostegno ai collaboratori come base della relazione capo-collaboratore e fonte di leadership; **metodologia del laboratorio,** setting e strumento sia formativo sia di problem solving e gestione; **dare e ricevere feedback** e feed-forward.

E' previsto l'utilizzo di metodologie e di setting formativi innovativi, che cercano di utilizzare e sviluppare nella loro interezza le risorse personali di ciascun partecipante. In particolare una parte dell'esperienza si svolgerà in un ambito teatrale. Trattandosi di un percorso sperimentale, avremo la possibilità di prevederne ulteriori sviluppi o repliche, se (come speriamo) potremo valutarne insieme ai partecipanti (che quest'anno sono esclusivamente sanitari) un esito positivo.

Il progetto, naturalmente, è accreditato con ciascun modulo nell'ambito dell'ECM Regionale.

Chiara Serpieri

S.C. Gestione del Personale/OSRU

Gli incontri sul rapporto tra specialista e medico generico e sulle patologie di interesse pediatrico

OTORINOLARINGOIATRIA: DUE CONVEGNI AL MAGGIORE

Il rapporto tra specialista e medico di medicina generale ed un focus sulle patologie di interesse pediatrico.

Sono questi i temi dei due convegni scientifici che riguardano l'otorinolaringoiatria che si sono tenuti in azienda nel corso dei mesi di settembre e ottobre.

Il primo, "Patologie otorinolaringoiatriche: confronto tra medico di medicina generale e specialista", è stato un corso teorico-pratico per medici di medicina generale: organizzato dai responsabili scientifici, professor Francesco Pia e professor Paolo Aluffi Valletti, con la finalità di aggiornare le conoscenze dei medici intervenuti sulle principali tematiche otorinolaringoiatriche, anche mediante presentazione di casi clinici e la partecipazione diretta all'attività ambulatoriale del reparto. Il corso si è articolato, quindi, su due livelli: una parte teorica svoltasi presso la sede universitaria Perrone, con la presentazione da parte di specialisti della nostra strut-

tura di tematiche otorinolaringoiatriche di interesse generale (epistassi, complicanze delle otiti e sinusiti, tumefazioni e flemmoni del collo, antibiotico terapia in ORL) ed una parte pratica che ha visto il coinvolgimento diretto degli iscritti alle sedute di endoscopia otorinolaringoiatrica presso l'ambulatorio del reparto.

Il corso per specialisti in pediatria e otorinolaringoiatria "Patologie otorinolaringoiatriche di interesse pediatrico", è stato organizzato dalla nostra

SCDU in collaborazione con la clinica Pediatrica, diretta dal professor Gianni Bona, ed i pediatri territoriali, allo scopo di offrire la massima evidenza ai punti di vista degli specialisti coinvolti, in particolare per quanto riguarda gli approcci diagnostico-terapeutici a tematiche otorinolaringoiatriche di ampio interesse pediatrico.

Paolo Aluffi

S.C.D.OU. Otorinolaringoiatria

AIDS E DINTORNI: GIORNATA DI STUDI A NOVARA

Sabato 27 settembre, presso l'Auditorium Fratelli Olivieri si è tenuto il convegno "Aids e dintorni: problemi ancora irrisolti". Il Convegno è stato non solo l'occasione per presentare al personale medico e infermieristico nuove linee terapeutiche nel trattamento dell'Hiv, ma anche, per un uditorio non professionale, un momento per puntare l'attenzione sullo stato della diffusione dell'infezione da Aids nel Novarese. I lavori sono stati coordinati dal dottor Giovanni Rizzo - dell'ambulatorio e day-hospital malattie infettive del Maggiore - e dal professor Giovanni Di Pierri, direttore della Clinica di malattie infettive dell'Università degli studi di Torino.

MALATTIE DEL PERSONALE DELLE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI: ECCO LE NUOVE DISPOSIZIONI DI LEGGE

In ottemperanza della legge n. 133 del 6 agosto 2008, l'amministrazione deve disporre il controllo in ordine alla sussistenza della malattia del dipendente anche nel caso di assenza di un solo giorno.

Nell'ipotesi di assenza per malattia protratta per un periodo superiore a dieci giorni, l'assenza viene giustificata esclusivamente mediante presentazione di certificazione medica rilasciata da struttura sanitaria pubblica.

Ai fini di adempiere a questa disposizione la procedura per la trasmissione e rilevazione dell'assenza per malattia di tutto il personale dipendente (comparto e dirigenza) è integrata come segue:

■ la struttura di appartenenza deve essere tempestivamente informata dell'assenza per malattia e comunicare all'inizio dell'orario di lavoro del giorno in cui si verifica. Il dipendente ha inoltre l'obbligo di comunicare anche il proprio domicilio temporaneo se diverso da quello abituale, già noto al datore di lavoro;

■ il responsabile della struttura comunica alla S.C. Gestione Risorse Umane la malattia esclusivamente tramite inoltre mail all'indirizzo malattie@maggioreosp.novara.it

■ la S.C. Gestione Risorse Umane quotidianamente trasmette l'elenco dei dipendenti in assenza per malattia agli uffici competenti delle Aziende Sanitarie Locali ai fini

dell'effettuazione obbligatoria della visita fiscale.

Il certificato di malattia (per periodi superiori a 10 giorni e in ogni caso dopo il secondo evento di malattia nell'anno solare) deve essere rilasciato esclusivamente da strutture pubbliche.

Per i periodi di assenza per malattia, di qualunque durata, ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni, nei primi 10 giorni di assenza viene corrisposto il trattamento economico fondamentale con esclusione di ogni indennità o emolumento, comunque denominati, aventi carattere fisso e continuativo, nonché di ogni altro trattamento accessorio.

Di seguito si espone la tabella di rilevazione dei dati aziendali che l'Amministrazione ha l'obbligo di inoltrare trimestralmente al Ministero per la Pubblica Amministrazione.

TIPOLOGIA	LUGLIO		AGOSTO		SETTEMBRE	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
<p>Denominazione dell'Amministrazione (1) A.O.U. MAGGIORE DELLA CARITÀ NOVARA</p>						
A. Totale delle assenze per malattia retribuite e non retribuite (2)	1.994	1.582	1.671	1.205	2.110	1.371
B. Eventi di assenza per malattia superiori a 10 giorni (3)	51	58	49	39	60	45
C. Totale delle assenze per altri motivi (4)	1.512	1.787	1.650	1.633	1.595	1.451
D. Numero di dipendenti (5)	2.121,0	2.349,0	2.120,0	2.363,0	2.127,0	2.382,0
E. Procedimenti disciplinari avviati relativi alle assenze (6)		3		3		
F. Procedimenti disciplinari relativi alle assenze conclusi con sanzioni (7)						
G. Media assenze per malattia sul totale dipendenti (A/D)	0,9	0,7	0,8	0,5	1,0	0,6
H. Media assenze per altri motivi su totale dipendenti (C/D)	0,7	0,8	0,8	0,7	0,7	0,6
I. Media assenze complessiva (A+C)/D	1,7	1,4	1,6	1,2	1,7	1,2

(1) Inserire la denominazione dell'Amministrazione nel riquadro verde.

(2) Numero complessivo di giorni di assenza del personale non dirigenziale a tempo indeterminato e di tutto il personale dirigenziale (a tempo determinato e indeterminato) rilevato nel mese, calcolato facendo riferimento alle sole giornate lavorative.

(3) Numero di periodi di assenza per malattia continuativa superiori a 10 gg. (in presenza di eventi che si sviluppano a cavallo su due o più mesi, ai fini della rilevazione l'evento va indicato nel secondo mese).

(4) Numero complessivo di giorni di assenza per altri motivi retribuiti del personale non dirigenziale a tempo indeterminato e di tutto il personale dirigenziale (a tempo determinato e indeterminato), calcolato con riferimento alle sole giornate lavorative. Sono comprese le assenze per maternità retribuite e le assenze dovute a permessi di cui alla L. 104/92 solo quando usufruiti per l'intera giornata. Sono escluse le ferie e i permessi a ore.

(5) Totale del personale non dirigenziale a tempo indeterminato e di tutto il personale dirigenziale (a tempo determinato ed indeterminato) presente nei ruoli dell'Amministrazione all'inizio del mese.

(6) Numero dei procedimenti avviati nel mese.

(7) Numero di sanzioni disciplinari irrogate nel mese in relazione a procedimenti relativi ad assenze dal servizio.

Gli indicatori in corrispondenza delle lettere G, H e I sono calcolati automaticamente.

Rilevazione mensile sulle assenze dei dipendenti pubblici a tempo indeterminato
Anni 2007-2008

INDAGINE CONOSCITIVA SULL'ATTIVITÀ DELL'IMMUNOTRASFUSIONALE

Il Servizio Immunotrasfusionale (SIMT) in una giornata di lavoro riceve in media richieste di trasfusioni da circa 20 reparti diversi.

Nella prospettiva di un miglioramento del servizio e dei rapporti interpersonali il SIMT propone **un questionario conoscitivo a tutto il personale, medici ed infermieri che a vario titolo usufruiscono della nostra struttura;** il questionario è articolato per argomenti: orari di attività, tempistica, personale, modulistica e organizzazione.

Lo scopo dell'indagine ci consentirà di conoscere il giudizio che gli utenti hanno della nostra attività, inoltre

quest'ultimi potranno esprimere suggerimenti ed opinioni.

Si ringraziano tutti coloro che vorranno rispondere al questionario con l'auspicio che tutto ciò porti a una migliore organizzazione volta a garantire ai pazienti una corretta, sicura e tempestiva terapia trasfusionale.

Il questionario sarà consultabile anche sul sito internet aziendale dal prossimo mese. **I questionari possono essere inviati al SIMT via fax: 0321.3733623 o recapitati direttamente.**

Cristina Gigli

S.C. Immunotrasfusionale

DI SEGUITO PUBBLICHIAMO IL TESTO DEL QUESTIONARIO

ORARI DEL SIMT

[Rispondere indicando un punteggio da 1 a 10]
[1=insufficiente 10=ottimo]

1. GLI ORARI DI **APERTURA** DEL SIMT SONO IDONEI PER LE VOSTRE ESIGENZE? ()
LUNEDÌ - VENERDÌ (8 - 20)
SABATO E DOMENICA (8 - 16)
2. GLI ORARI DI **REPERIBILITÀ** DEL SIMT SONO IDONEI PER LE VOSTRE ESIGENZE? ()
LUNEDÌ - VENERDÌ (20 - 8)
SABATO E DOMENICA (16 - 8)

TEMPI

3. SI SODDISFANO LE VOSTRE ASPETTATIVE PER L'EVAZIONE DI RICHIESTE "URGENTI"? SI NO
4. SI SODDISFANO LE VOSTRE ASPETTATIVE PER L'EVAZIONE DI RICHIESTE "URGENTISSIME"? SI NO
5. I TEMPI IN ITINERE SONO COMPATIBILI CON LE REALI EMERGENZE? SI NO

PERSONALE

[Rispondere indicando un punteggio da 1 a 10]
[1=insufficiente 10=ottimo]

6. CORTESIA DEL PERSONALE SIMT ()
7. DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE SIMT A DARE SPIEGAZIONI SULLE MODALITÀ DI INVIO DI RICHIESTE/CAMPIONI ()
8. DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE SIMT A COLLABORARE NELLE SITUAZIONI DI "EMERGENZA" ()
9. CAPACITÀ DEL PERSONALE SIMT A DARE INFORMAZIONI CHIARE E COMPLETE ()
10. CAPACITÀ DEL PERSONALE DEL SIMT DI ADEGUARSI ALLE ESIGENZE DEL REPARTO ()
11. RITENETE UTILE AVERE UNA FIGURA DI RIFERIMENTO PER RISPONDERE E RISOLVERE LE VOSTRE PROBLEMATICHE? SI NO

MODULISTICA E PRELIEVI

12. LA MODULISTICA IN USO AL SIMT, È CHIARA E DI FACILE COMPILAZIONE? SI NO
13. È CHIARA LA DIFFERENZA TRA UNA RICHIESTA "URGENTE" ED "URGENTISSIMA"? SI NO
14. È CHIARO PERCHÉ IL SIMT RESPINGE I CAMPIONI INSUFFICIENTI? SI NO
15. È CHIARO PERCHÉ IL SIMT RESPINGE I CAMPIONI NON FIRMATI DAL PRELEVATORE? SI NO
16. È CHIARO PERCHÉ IL SIMT RICHIEDE UN ULTERIORE CAMPIONE PER IL "CONTROLLO GRUPPO"? SI NO

SE DOVESSE ESPRIMERE UN GIUDIZIO COMPLESSIVO DI SODDISFAZIONE SULLA QUALITÀ DEI SERVIZI OFFERTI DAL SIMT AL SUO REPARTO?

- | | |
|------------------------|---|
| MOLTO SODDISFATTO | 4 |
| ABBASTANZA SODDISFATTO | 3 |
| POCO SODDISFATTO | 2 |
| PER NIENTE SODDISFATTO | 1 |

SE IL PERSONALE DEL SIMT ORGANIZZASSE DEI CORSI DI APPROFONDIMENTO SULLA TERAPIA TRASFUSIONALE, VI PARTECIPERESTE?

SI NO

CHE OPINIONE E QUALI SUGGERIMENTI VI SENTITE DI DARE RIGUARDO IL PERSONALE ED IL LAVORO DEL SIMT?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

DATI DEL COMPILATORE

REPARTO DI APPARTENENZA

QUALIFICA.....

INAUGURATA OCULISTICA

Martedì 7 ottobre alla presenza dell'Assessore regionale alla tutela della salute e sanità, Eleonora Artesio è avvenuta l'inaugurazione della nuova sede della struttura complessa **Oculistica** all'ospedale di Galliate. Il reparto occupa due piani in una palazzina completamente ristrutturata. Al pian terreno sono sistemati gli ambulatori specialistici ed al primo piano la degenza e la sala operatoria per fornire un trattamento alberghiero all'altezza delle migliori cliniche private.



ANCHE DITTE GIAPPONESI E TEDESCHE INTERESSATE ALLA PROGETTAZIONE DELLA NUOVA CITTÀ DELLA SALUTE

L'interesse per la nuova Città della Salute supera anche i confini nazionali. **Tra i sei gruppi che hanno presentato la loro offerta** alla gara per la selezione

del progettista - la parte preliminare della procedura di affidamento si è conclusa lo scorso 30 settembre - **ce ne sono anche 2 stranieri:** uno tede-

sco e uno giapponese. Ecco di seguito i nomi dei sei gruppi interessati alla progettazione della struttura che sorgerà in piazza d'Armi.

Capogruppo mandataria:
NICKL & PARTNER ARCHITEKTEN (S.p.A.) - Monaco (Germania)
Mandanti:
Associazione Professionale STUDIO VALLE PROGETTAZIONI
Studio Grifa & Cuccatto Associati
Prof. Ing. Cesare BOFFA
ACTA S.r.l.
Prof. Ing. Vincenzo BORASI
Dott. Geol. Antonello RIVOLTA

Capogruppo mandataria:
TECHINT - Compagnia Tecnica Internazionale S.p.A. - Milano (Italia)
Mandanti:
AI ENGINEERING s.r.l.
GENERAL PLANNING s.r.l.
ATA GROUP S.p.A.
Dott. Geologo Marco STOPPA

Capogruppo mandataria:
STUDIO ALTIERI S.p.A. - Thiene (Italia)
Mandanti:
RPA s.r.l.
TiFS Ingegneria s.r.l.
Studio AD Studio Associato di ingegneria
Arch. Benedetto CAMERANA
Studio Tecnico Arch. Giulio ALTIERI

Capogruppo mandataria:
Società Consortile a responsabilità limitata MYTHOS - Consorzio Stabile - Milano (Italia)
Mandanti:
A & A Angelino e Associati
Studio Arch. Giuseppe MANARA & PARTNERS
STS Servizi Tecnologie Sistemi S.p.A.
STEAM S.r.l.

Capogruppo mandataria:
PROGER S.p.A. - Roma (Italia)

Capogruppo mandataria:
ISHIMOTO ARCHITECTURAL & ENGINEERING FIRM - Tokyo (Giappone)
Mandanti:
ISHIMOTO EUROPE s.r.l.
Studio Associato CS TAT

Intanto è stata deliberata di costituzione della **COMMISSIONE GIUDICATRICE PER LA VALUTAZIONE DELLE PROPOSTE PER IL NUOVO OSPEDALE.**

Nella commissione sono state inserite

le seguenti professionalità: presidente, **dr. ing. Giordano Andreello** - responsabile del procedimento; componenti: **ing. Umberto Cattaneo** - esperto in progettazione di impianti tecnologici;

ci; ing. Maurizio Bertolino - esperto in risparmio energetico; **arch. Franco D'Agnolo Vallan** - esperto in edilizia ospedaliera; **ing. Gianfranco Ferrera** - esperto in infrastrutture.

LAVORI IN CORSO: ULTIMI AGGIORNAMENTI

In considerazione della omogeneità dei lavori, della adiacenza e della commistione delle aree interessate dagli interventi di ristrutturazione riguardanti **la nuova terapia intensiva neonatale, le nuove sale parto e sale operatorie di Ostetricia e Ginecologia e la ristrutturazione del servizio di Emodialisi**, si è deciso di unificare i singoli interventi, raggruppandoli all'interno di un unico procedimento d'appalto che preveda, oltre alla realizzazione delle opere, anche la stesura del relativo progetto esecutivo (appalto integrato). La struttura Tecnico Patrimoniale ha dato il via al procedimento di realizzazione di queste opere con la predisposizione dei relativi atti e documentazioni.

La struttura Tecnico patrimoniale ha elaborato uno studio di fattibilità per **la ristrutturazione dei locali attualmente adibiti a spoglio generale** al fine di adeguarli dal punto di vista normativo ed igienico sanitario. La bozza di progetto è stata sottoposta all'attenzione della Direzione Sanitaria, della struttura Prevenzione e Protezione, all'U.P.R.I., alla Medicina del Lavoro ed alla Direzione Aziendale, per valutarne la fattibilità e la rispondenza alle esigenze, anche alla luce delle risultanze delle indagini conoscitive sull'effettivo utilizzo dei locali da parte del personale aziendale. Decisioni in merito all'opportunità di proseguire con i lavori progettati, sono state rimandate a successiva verifica da parte dei soggetti coinvolti.

Andrea Chiodi

S.C. Tecnico Patrimoniale